

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE
AU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE (D. Ps.)

PAR
NADIA LATULIPPE

SYMPTÔMES DÉPRESSIFS POSTPARTUM CHEZ LES COUPLES :
RÔLES DU PERFECTIONNISME ET DE L'ANXIÉTÉ

20 JANVIER 2021

Composition du jury

Symptômes dépressifs postpartum chez les couples :
rôle du perfectionnisme et de l'anxiété

Nadia Latulippe

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Patrick Gosselin, directeur de recherche

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines,
Université de Sherbrooke)

Audrey Brassard, co-directrice de recherche

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines,
Université de Sherbrooke)

Valérie Simard, membre interne du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines,
Université de Sherbrooke)

Yvan Lussier, membre externe du jury

(Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières)

Sommaire

La dépression postpartum (DPP) est connue pour ses impacts négatifs d'abord sur l'individu qui en est affecté, mais également sur l'enfant, l'autre parent et la relation avec eux. Les efforts des chercheurs pour mieux comprendre la DPP se sont concentrés sur l'étude de ses facteurs de risque. Entre autres, il est maintenant connu que la DPP maternelle représente le plus fort prédicteur de la DPP paternelle (Goodman, 2003). Un nombre grandissant d'études s'intéresse également aux liens entre le perfectionnisme mésajusté et la DPP, mais chez les mères seulement. À notre connaissance, aucune étude en périnatalité n'a à ce jour poursuivi l'objectif spécifique d'évaluer le lien entre le perfectionnisme ajusté et les symptômes dépressifs postpartum. Ainsi, la présente étude a pour premier objectif d'évaluer, dans une perspective dyadique, l'association entre le perfectionnisme (ajusté et mésajusté) et les symptômes dépressifs postnataux chez les deux parents. Un autre facteur de risque documenté de la DPP chez les parents est l'anxiété. Chez les mères, l'anxiété aurait même un rôle médiateur dans le lien unissant le perfectionnisme à la DPP (Oddo-Sommerfeld, Hain, Louwen, & Schermelleh-Engel, 2016). La présente étude s'intéresse également à la contribution de l'anxiété comme variable médiatrice de ce lien sur l'individu ainsi que sur son partenaire. Cette thèse s'inscrit dans un projet plus vaste portant sur les facteurs psychologiques liés à l'ajustement parental après l'arrivée d'un enfant. Ainsi, 85 couples ont complété individuellement des questionnaires mesurant les variables à l'étude. Des analyses acheminatoires basées sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (Kenny, Kashy, & Cook, 2006) ont été effectuées en examinant les liens de type acteur, partenaire et

médiationnel entre ces variables. Les résultats ont révélé que le perfectionnisme ajusté des hommes et des femmes est négativement lié à leurs propres symptômes dépressifs. Des liens positifs ont été détectés entre le perfectionnisme mésajusté des pères et des mères, leurs propres symptômes dépressifs et ceux de leur partenaire. En ce qui a trait aux effets indirects de l'anxiété au plan acteur, les résultats révèlent que la plus grande présence de symptômes dépressifs postnataux chez les parents présentant des degrés plus élevés de perfectionnisme mésajusté s'expliqueraient par leur niveau d'anxiété plus élevé, le rôle médiateur de l'anxiété étant partiel pour les femmes et total pour les hommes. Également, les symptômes dépressifs moins élevés des mères présentant des degrés plus élevés de perfectionnisme ajusté s'expliqueraient en partie par leur plus faible niveau d'anxiété. Des effets indirects de l'anxiété ont aussi été détectés au plan partenaire. Précisément, les hommes en couple avec une partenaire présentant un degré plus élevé de perfectionnisme mésajusté présentent plus de symptômes dépressifs via leur niveau d'anxiété plus élevé, tandis que les hommes en couple avec une partenaire présentant un degré plus élevé de perfectionnisme ajusté présentent moins de symptômes dépressifs en raison notamment d'une plus faible présence de symptômes anxieux. Ces résultats permettent une meilleure compréhension des facteurs contribuant aux symptômes dépressifs des pères et des mères d'un point de vue dyadique. Les résultats permettent également de sensibiliser les intervenants en périnatalité à tenir compte du perfectionnisme mésajusté des deux parents dans leur travail d'évaluation et d'identification des individus à risque afin de prévenir le développement ou l'aggravation des symptômes anxio-dépressifs chez ceux-ci.

Mots-clés : Dépression postpartum, perfectionnisme, anxiété, couple, médiation.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements.....	IX
Introduction	2
Contexte théorique	10
Perfectionnisme	10
Études reliant le perfectionnisme et la DPP	13
Perfectionnisme et couple	19
Rôle médiateur de l'anxiété.....	21
Objectifs et hypothèses.....	24
Méthode.....	27
Participants	27
Déroulement	29
Instruments	30
Questionnaire sociodémographique et situationnel	30
Questionnaire de Perfectionnisme – Révisé.....	30
Inventaire de dépression de Beck - II.....	31
Questionnaires sur les inquiétudes et l'anxiété	32
Considérations éthiques.....	32
Stratégie d'analyse	33
Résultats	36
Analyses préliminaires	36
Identification des variables contrôles.....	38
Analyses principales.....	39
Modèle dyadique des liens directs entre perfectionnisme et symptômes dépressifs 40	
Modèle dyadique des liens directs/indirect entre perfectionnisme et symptômes dépressifs par le biais de l'anxiété	42

Discussion	47
Retour sur les objectifs et hypothèses de recherche	47
Perfectionnisme mésajusté et symptômes dépressifs : effets acteurs	47
Perfectionnisme ajusté et symptômes dépressifs : effets acteurs	50
Perfectionnisme et symptômes dépressifs : effets partenaires	52
Rôle médiateur de l'anxiété	55
Effets acteurs	55
Effets partenaires	59
Forces et limites.....	61
Pistes de recherche futures	62
Retombées scientifiques et cliniques	63
Retombées scientifiques.....	63
Retombées cliniques	64
Conclusion	68
Références	72
Appendice A : Résumé des principales études portant sur le lien entre le perfectionnisme et la DPP	83
Appendice B : Questionnaire sociodémographique et situationnel	86
Appendice C : Formulaire de consentement	92

Liste des tableaux

Tableau

1	Corrélations entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté), l'anxiété et les symptômes dépressifs chez les hommes et les femmes	37
2	Résumé des principales études portant sur le lien entre le perfectionnisme et la DPP	83

Liste des figures

Figure

- 1 Liens entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) des deux partenaires et leurs symptômes dépressifs 41
- 2 Rôle médiateur de l'anxiété dans l'association entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) des deux partenaires et leurs symptômes dépressifs 43

Remerciements

Avant de débiter la lecture de cette thèse, vous devez absolument en connaître les origines, et ses origines portent des noms. Je vous les présente...

Il y a d'abord Ismaëlle, ma fille de 15 ans, la source d'inspiration du thème de cette thèse. Après sa naissance, j'ai moi-même vécu des symptômes anxio-dépressifs importants. Une épreuve qu'aucun parent ne s'attend à traverser, surtout pas après l'arrivée d'un enfant, une période qu'on s'imagine plutôt teintée par l'amour, la gratitude et la douce odeur de poudre pour bébé. Depuis, plusieurs parents m'ont partagé avoir vécu la même chose. Un point en commun dans toutes ces histoires : la souffrance, décuplée par l'impression qu'elle ne devrait pas exister, qu'elle n'est pas normale. Le titre d'une étude qualitative de Mauthner (1999) sur la dépression postpartum chez les mères représente très bien l'expérience vécue par les parents qui en présentent les symptômes : « Feeling low and feeling really bad about feeling low... ». Le thème de cette thèse doctorale est donc ancré en partie dans ma propre expérience, ainsi que dans celle d'autres parents, et dans mon désir de mieux comprendre et accompagner les parents qui souffrent de dépression et d'anxiété en période postpartum. Merci à ma fille et à tous ces parents qui ont donné un véritable sens à cette recherche.

Deux autres personnes sont à l'origine de la réalisation de cette étude : Patrick Gosselin et Audrey Brassard. Respectivement co-directeur et co-directrice de cette thèse, ils ont été pour moi rien de moins que des anges. Sans leur sensibilité, leur compréhension et leur bienveillance infinie, je ne serais pas en train d'écrire ces mots de remerciements, ceux qu'on rédige habituellement à la toute fin; une fin qui aurait été plutôt improbable sans leurs encouragements et leur soutien inconditionnel. C'est grâce à vous si je suis rendue à la ligne d'arrivée de ce grand marathon que représente la rédaction d'une thèse. Vous avez respecté mon rythme et, surtout, vous avez cru en moi : je ne vous en remercierai jamais assez.

Je tiens également à remercier la grande générosité de Catherine de Pierrepont. Elle est arrivée dans mon processus de rédaction en toute fin de parcours et m'a apporté une aide tout à fait inattendue. Je la comparerais à la gorgée d'eau qu'on offre à un marathonien pour lui permettre de poursuivre sa course. Ses conseils avisés ont réajusté ma trajectoire et m'ont indiqué la direction à suivre pour le sprint final.

Enfin, il y a Dominic, mon amoureux et mon havre de paix. Sa contribution : m'avoir permis de réaliser mon rêve, et ce, sans conditions aucunes. Il s'agit d'un cadeau d'une valeur inestimable et, pour cela, je lui en serai éternellement reconnaissante.

Introduction

La dépression postpartum (DPP) touche entre 13 et 19 % des mères et environ 10 % des pères, ce qui en fait une problématique de santé mentale très répandue (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018; O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara & Swain, 1996; Paulson & Bazemore, 2010). Les symptômes ressentis sont semblables à ceux d'une dépression généralisée telle que définie dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V : American Psychiatric Association [APA], 2015). Le parent affecté présente notamment une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, des troubles du sommeil, une fatigue ou une perte d'énergie, des difficultés de concentration et des idées noires. Les symptômes débutent dans les quatre semaines suivant la naissance d'un enfant, avec toute l'importance et le stress que représente l'adaptation aux nouveaux rôles et les responsabilités supplémentaires du parent (O'Hara & McCabe, 2013).

Chez la mère, la DPP vient souvent avec un sentiment d'être un parent inadéquat et des sentiments ambivalents envers l'enfant, s'accompagnant parfois de pensées agressives envers lui. Ces pensées et émotions génèrent une souffrance élevée chez la mère, telles l'anxiété et les idées suicidaires (Miller & Miller, 2002; Oddo-Sommerfeld et al., 2016). Les femmes souffrant de DPP présenteraient aussi davantage de biais cognitifs qui seraient

liés à une plus grande perception négative d'elles-mêmes et des autres, incluant leurs enfants et leur partenaire (O'Hara & McCabe, 2013). Enfin, souffrir de DPP augmenterait de 50 % les probabilités de vivre un épisode dépressif subséquent pour les mères (Cooper & Murray, 1995). En plus des symptômes de dépression majeure décrits dans le DSM-V (APA, 2015), les pères présenteraient quant à eux certains symptômes spécifiques, tels que le retrait des interactions sociales, le cynisme et l'irritabilité. Les émotions vécues par ces derniers seraient plus de l'ordre de la colère et de la peur. Les pères seraient également plus à risque de consommer de la drogue et de l'alcool, de poser des gestes violents envers leur partenaire ou d'être infidèles (Tuszyńska-Bogucka & Nawra, 2014). Par sa synthèse des principales études qualitatives portant sur l'expérience des mères en postpartum, Beck (2002) a bonifié le portrait descriptif de la DPP. Les principaux thèmes ressortis de sa métasynthèse sont; l'écart important entre les attentes liées à la maternité (les leurs et celles de la société) et la réalité; la déception et les rêves brisés; le sentiment d'être dépassée par les besoins de l'enfant, la présence d'émotions ambivalentes envers lui et la honte associée; l'isolement et la solitude; les nombreuses pertes vécues depuis qu'elles font l'expérience de la maternité (p. ex., perte de contrôle, d'autonomie, de temps, d'identité et de liens avec les personnes importantes).

Selon la théorie des systèmes familiaux (White & Klein, 2002), tout ce qui affecte un membre de la famille est susceptible d'affecter les autres membres. Les travaux de plusieurs auteurs suggèrent que la DPP d'un parent peut affecter négativement les autres membres de la famille, nuire à la qualité des interactions parents-enfants, compromettre

le développement de l'enfant et détériorer la relation conjugale (Barnes, 2006; Beck, 1995; Beck, 1998; Gentile & Fusco, 2017; Goodman, 2003; Holden, 1991). Les impacts de la DDP sur l'enfant ont grandement retenu l'attention des chercheurs en raison de leur gravité et de leur persistance dans le temps (pour une revue, voir O'Hara & McCabe, 2013). En plus du manque de sensibilité envers son enfant, le parent en DPP se montrerait moins engagé, plus hostile et distant avec lui. Ce type d'interactions négatives serait lié, chez l'enfant, à des problèmes d'ordre cognitif (p. ex., plus faible développement langagier, QI), émotionnel (p. ex., dysrégulation émotionnelle, insécurité d'attachement) et médical (p. ex., santé cardiovasculaire plus faible; O'Hara & McCabe, 2013).

La forte prévalence de la DPP, combinée aux nombreuses conséquences ou problématiques associées, ont amené les chercheurs à s'intéresser aux facteurs pouvant contribuer à l'apparition de la DPP ou être liés aux symptômes dépressifs des nouveaux parents. Plusieurs études ont montré que la présence de DPP chez un des parents est associée à la dépression de l'autre partenaire (Anding, Röhrle, Grieshop, Schücking, & Christiansen, 2016; Goodman, 2003; Ngai & Ngu, 2015; Paulson & Bazemore, 2010; Vismara et al., 2016). La méta-analyse de 20 études de Goodman (2003) identifie notamment la DPP maternelle comme le plus fort prédicteur de la DPP paternelle, révélant l'importance de l'inter-influence des partenaires dans le développement de la DPP. La probabilité qu'un père souffre de DPP est entre 24 et 50 % plus élevée lorsque sa partenaire en est affectée. De plus, la présence simultanée de dépression chez les deux parents augmente le risque que leurs enfants souffrent de problèmes émotionnels,

renforçant la pertinence de considérer la santé mentale des deux partenaires dans l'étude de la DPP (Landman-Peeters et al., 2008).

D'autres prédicteurs documentés de la DPP chez les parents sont l'anxiété et la dépression durant la grossesse, un historique de troubles psychologiques antérieurs à la période périnatale, le manque de soutien social, une faible satisfaction conjugale, un faible revenu familial ainsi que, spécifiquement chez les pères, le sentiment d'être exclu de la relation mère-enfant (Kim & Swain, 2007; Leung, Letourneau, Giesbrecht, Ntanda, & Hart, 2017; Ngai & Ngu, 2015; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). L'étude longitudinale de Prénoveau et al. (2013) a aussi montré que la présence des symptômes ou du diagnostic de Trouble d'anxiété généralisée (TAG) postnatale, caractérisé principalement par des inquiétudes excessives et incontrôlables, permettait de prédire la présence ultérieure d'une DPP, mais non l'inverse. Ainsi, la détresse psychologique et les symptômes antérieurs, tels les symptômes spécifiques du TAG, semblent pertinents à considérer. Plus récemment, le perfectionnisme a également retenu l'attention des chercheurs en tant que variable prédictive de la dépression et de l'anxiété postnatales chez les mères (Oddo-Sommerfeld et al., 2016). La naissance d'un enfant étant un événement stressant en soi, où la pression à faire les choses parfaitement serait particulièrement présente (Deslauriers, 2017), il est permis de se questionner sur la capacité à composer avec cette pression chez les parents aux traits perfectionnistes marqués.

Or, les normes de perfection quant à l'art d'être parent, la pression sociale à suivre ces normes et la santé mentale des parents sont des sujets de plus en plus présents dans l'actualité. Bien qu'elle rejoigne de plus en plus les pères (Kim & Swain, 2007), l'image du parent parfait véhiculée par les médias de masse ciblerait davantage les mères (des Rivières-Pigeon, Gagné, & Vincent, 2012; Lacharité, Calille, Pierce, Baker, & Pronovost, 2016; Lalancette & Germain, 2018). Douglas et Michaels (2004) ont décrit la forte pression à laquelle les mères sont soumises en mettant l'accent sur la puissance des attentes de la société à leur endroit. Ils ont nommé ce nouveau phénomène sociétal le « *new momism* ». Ils le définissent comme un ensemble d'idéaux, de normes et de pratiques, fréquemment représentés dans les médias, qui semblent à première vue célébrer la maternité mais qui promulguent en réalité des standards de perfection inatteignables. Ces représentations idéalisées de la « mère parfaite » seraient perçues comme envahissantes par les femmes; teinteraient négativement la perception qu'elles ont de leurs compétences parentales (Walters, 2008); seraient associées à un sentiment de culpabilité, d'échec et de honte (Borchard, 2006). Selon Hirsch (2013), les mères auraient tendance à garder le silence sur la détresse vécue de peur d'être jugées, contribuant ainsi au maintien de leurs difficultés psychologiques. De plus, le silence des femmes les priverait de l'expérience collective des autres mères vivant une souffrance similaire et du soulagement à constater qu'elles ne sont pas seules.

Or, les exigences élevées des mères et les liens avec leur santé psychologique ne seraient pas uniquement le fruit des influences sociétales. Les travaux de Hirsch (2013)

révèlent d'ailleurs une perception nuancée des femmes quant au rôle de la société sur le développement de leur perfectionnisme maternel. Ainsi, le perfectionnisme maternel est vu par les mères comme une extension de leur personnalité perfectionniste et non comme une réponse unique aux exigences sociétales de perfection. Une analyse qualitative de leurs propos suggérerait en effet la présence de traits perfectionnistes chez les participantes qui s'apparentaient à la conception du perfectionnisme (Hewitt & Flett, 1991). Il n'est donc pas étonnant qu'à l'intérêt des scientifiques pour les racines sociales du perfectionnisme maternel se soit ajouté récemment l'intérêt des chercheurs pour le perfectionnisme comme facteur cognitif individuel prédisposant à la DPP chez les mères (Egan, Kane, Winton, Eliot, & McEvoy, 2017; Jones et al., 2010; Thomason, Flynn, Himle, & Volling, 2015; Thompson & Bendell, 2014). L'expérience des pères perfectionnistes ne semble toutefois pas avoir été explorée.

La présente étude se penche particulièrement sur le perfectionnisme en tant que trait de personnalité pouvant favoriser l'apparition des symptômes dépressifs postpartum chez les mères et les pères. Le rôle de l'anxiété postnatale comme variable explicative du lien entre le perfectionnisme et la DPP est également évalué. Enfin, l'ensemble de ces liens (directs-indirects) sont examinés à la fois sous un angle acteur et partenaire. Le présent travail de recherche se divise en cinq sections. Le contexte théorique présente les concepts à l'étude et les appuis empiriques aux hypothèses de recherche. La méthode présente les participants, les mesures utilisées et le déroulement de l'étude. Suivent la

présentation des résultats et la discussion de ceux-ci. Enfin, une brève conclusion termine ce travail.

Contexte théorique

Perfectionnisme

De manière générale, le perfectionnisme se définit comme la tendance d'un individu à entretenir des standards de performance personnelle excessivement élevés et à se juger sévèrement (Lo & Abbott, 2013). Hollander (1978) fait partie des premiers chercheurs à s'être intéressés au construit. Selon lui, le perfectionnisme est essentiellement de nature unidimensionnelle (orienté vers soi) et pathologique. Le perfectionnisme serait relié à de nombreuses conséquences négatives pour l'individu, incluant le sentiment d'échec, la honte, la culpabilité et une faible estime de soi, tous des symptômes du registre de la dépression (Hewitt & Flett, 1991). Le perfectionnisme serait d'ailleurs associé à la dépression (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; Hewitt & Flett, 1991), mais également aux troubles alimentaires (Roz Shafran & Mansell, 2001) et à l'anxiété, incluant la phobie sociale et le trouble obsessionnel-compulsif (Bieling, Summerfeldt, Israeli, & Antony, 2004). Le perfectionnisme serait même un facteur explicatif de la comorbidité élevée parmi les troubles psychologiques de l'axe I. Autrement dit, plus le nombre de diagnostics sur l'axe I est élevé chez un individu, plus son niveau de perfectionnisme serait élevé (Bieling et al., 2004).

En plus des aspects négatifs liés au construit, les résultats de nombreuses études ont révélé l'existence d'aspects positifs au perfectionnisme (pour une revue, voir Stoeber

& Otto, 2006). Hamachek (1978) a notamment proposé une définition plus nuancée du construit en distinguant le perfectionnisme ajusté (*adaptive*) du perfectionnisme mésajusté (*maladaptive*). Les individus au perfectionnisme ajusté se fixeraient des objectifs de performance aussi élevés que pour le mésajusté à la différence qu'ils ressentiraient une satisfaction et un sentiment d'accomplissement une fois l'objectif atteint (Roz Shafran & Mansell, 2001); vivraient leurs standards de succès élevés comme une source de motivation positive (Frost et al., 1993); et s'accorderaient une plus grande marge d'erreur dans l'atteinte de leurs objectifs (Hamachek, 1978). Le perfectionnisme mésajusté se distingue du perfectionnisme ajusté en ce sens qu'il est accompagné d'une détresse émotionnelle élevée pour l'individu qui en présente les traits. La personne au perfectionnisme mésajusté se fixe des objectifs irréalistes de façon rigide et fonde sa valeur personnelle sur l'atteinte de ceux-ci (Roz Shafran & Mansell, 2001).

Une approche pluridimensionnelle a également été proposée pour conceptualiser le perfectionnisme. Hewitt et Flett (1991) ainsi que Frost, Marten, Lahart et Rosenblate (1990) ont développé des échelles multidimensionnelles permettant d'appréhender à la fois les composantes individuelles et interpersonnelles du construit. L'échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Hewitt et Flett (EMPH : 1991) comporte trois dimensions. Une première, le *perfectionnisme orienté vers soi* (POS), réfère à la tendance d'un individu à nourrir des standards de performance élevés et à les évaluer sévèrement. Une deuxième composante, le *perfectionnisme orienté vers les autres* (POA), est similaire au POS à la différence que les comportements perfectionnistes sont dirigés vers les autres.

La dernière composante de l'EMPH, le *perfectionnisme prescrit par autrui* (PPA), réfère à la perception d'un individu que ses proches s'attendent à de hauts standards de performance de sa part, qu'ils les jugent avec sévérité et qu'ils exercent une pression sur lui pour qu'il soit parfait. L'EMPF de Frost et al. (1990) comprend pour sa part six dimensions. La dimension *préoccupation à propos des erreurs* reflète la perception négative d'un individu envers ses erreurs, la tendance à les voir comme des échecs et la crainte que ces erreurs entraînent la perte du respect des autres. La dimension *doute concernant les actions* réfère au doute qu'entretient un individu sur sa capacité à accomplir certaines tâches. Se fixer des standards de performance élevés et s'auto-évaluer en fonction de l'atteinte de ceux-ci réfère à la dimension *standards personnels*. Quant aux dimensions *attentes et critiques parentales*, elles réfèrent respectivement à la tendance d'un individu à croire que ses parents ont des attentes élevées à son égard et qu'ils le jugent sévèrement s'il ne réussit pas à y répondre. La dernière dimension, *ordre/organisation*, correspond au profil d'un individu accordant une importance excessive à l'ordre et à l'organisation.

En révélant une solution à deux facteurs, les analyses factorielles conduites par Frost et al. (1993) sur les neuf dimensions composant l'EMPF et l'EMPH ont soulevé des questionnements importants sur la pertinence d'une définition multidimensionnelle du perfectionnisme. Le premier facteur révélé par leurs analyses (*Positive striving*) serait composé des dimensions standards personnels, ordre/organisation, perfectionnisme orienté vers soi et vers les autres. Il serait lié à des affects positifs, tels que l'enthousiasme

et un sentiment d'énergie élevé. Le deuxième facteur (*Maladaptive evaluation concerns*) serait composé des dimensions doute concernant les actions, préoccupations à propos des erreurs, attentes parentales, critiques parentales et perfectionnisme prescrit par autrui. Ce second facteur serait lié à la dépression ainsi qu'à des affects négatifs, telles la colère, la peur et la culpabilité. Cette structure du perfectionnisme à deux facteurs suggérée par Frost et al. (1993) rejoint la revue de Stoeber et Otto (2006), tout comme la position de Hamachek (1978), qui souligne la pertinence d'aborder le construit sous un angle bidimensionnel (ajusté/ mésajusté). Par ailleurs, des auteurs ont d'ailleurs suggéré que l'approche multidimensionnelle du perfectionnisme pouvait promouvoir la mesure d'un construit clinique pertinent, mais chevauchant d'autres construits liés au perfectionnisme ou des causes de ce dernier (Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte, & Ladouceur, 1995; R. Shafran, Cooper, & Fairburn, 2003). En réponse à ces constats et afin d'offrir une alternative aux mesures multidimensionnelles, Langlois et al. (2010) ont développé le questionnaire du perfectionnisme-révisé, proposant l'évaluation du construit sous l'angle des dimensions ajusté et mésajusté. Des études récentes portant sur l'adaptation conjugale après l'arrivée d'un enfant ont d'ailleurs priorisé l'utilisation de ce questionnaire (Gagné, 2015; Gingras et al., 2020). Cette mesure bidimensionnelle du perfectionnisme est ainsi privilégiée dans cette étude.

Études reliant le perfectionnisme et la DPP

Un nombre croissant d'études ont documenté le lien entre le perfectionnisme et la DPP en période périnatale, mais chez les mères seulement. Le Tableau 1 regroupe diverses

informations méthodologiques des études recensées à ce jour portant sur le sujet (voir Appendice A). De celles-ci, deux études longitudinales ont obtenu des résultats similaires en évaluant le perfectionnisme des participantes durant la grossesse. Milgrom et al. (2008) ont premièrement noté un lien positif entre le perfectionnisme et la DPP mesurée par questionnaire six semaines après l'accouchement auprès d'un large échantillon de mères. Ainsi, plus les femmes se diraient perfectionnistes, plus elles souffriraient de DPP. Toutefois, le perfectionnisme a été mesuré à l'aide d'une seule question (*In general, would you say that you usually want everything to be just right or perfect?*), limitant la validité de la mesure et des résultats. Une deuxième étude longitudinale, celle de Maïa et al. (2012), a montré que le perfectionnisme (orienté vers soi et prescrit par autrui de l'EMPH) est associé positivement aux symptômes dépressifs mesurés par questionnaire (BDI-II) trois mois après l'accouchement. Or, après le contrôle statistique des facteurs de risque connus de la DPP (symptômes anxio-dépressifs prénataux, stress vécu, soutien social perçu en postpartum), seule la composante exigences élevées des autres du perfectionnisme prescrit par autrui constitue un prédicteur significatif des symptômes dépressifs postnataux et aucune sous-échelle du perfectionnisme n'est liée au trouble dépressif majeur diagnostiqué à l'aide d'une entrevue (DIGS). Le perfectionnisme orienté vers les autres n'a pas été évalué chez les participantes puisque, selon les auteurs, seuls le perfectionnisme prescrit par autrui et le perfectionnisme orienté vers soi seraient associés à des problèmes psychologiques.

Sweeney et Fingerhut (2013) se sont également intéressés au perfectionnisme comme prédicteur de la DPP selon un devis de recherche longitudinal (mesures en pré-postnatal), en ajoutant l'insatisfaction corporelle dans son modèle de régression multiple. Au contraire des études précédentes, les résultats n'ont pas révélé de lien significatif entre le perfectionnisme prénatal (APS-R) à 28 semaines ou plus de grossesse et la dépression (EDPS) à deux mois postpartum après avoir contrôlé pour dix facteurs de risque établis de la DPP (dépression et anxiété prénatales; estime de soi; stress vécu; soutien social; relation et statut conjugaux; historique de dépression; statut socio-économique; grossesse non souhaitée/non planifiée). L'insatisfaction corporelle prénatale s'est avérée le seul prédicteur significatif de la DPP selon les analyses, ce qui va à l'encontre de leur hypothèse centrale selon laquelle le perfectionnisme expliquerait également la DPP. Les auteurs invitent à la prudence quant à ces résultats opposés aux attentes initiales, qui pourraient être expliqués par le faible taux de participation à la deuxième prise de mesure, écartant près de deux tiers de l'échantillon initial dans lequel se retrouvaient les mères les plus déprimées. Leur raisonnement s'appuie sur les résultats de Beck (2001), plaçant la dépression prénatale parmi les principaux prédicteurs de la DPP. Ainsi, le haut taux d'abandon des femmes les plus déprimées avant l'accouchement pourrait avoir diminué la présence de DPP dans l'échantillon final et, conséquemment, la possibilité de liens positifs entre le perfectionnisme et la DPP.

Contrairement aux trois études précédentes, celle de Mazzeo et al. (2006) n'a pas intégré l'expérience prénatale des femmes dans son analyse transversale des liens entre le

perfectionnisme et la DPP. Ses résultats ont révélé une relation positive entre le perfectionnisme mésajusté (préoccupations à propos des erreurs de l'EMPF) et la DPP (perception rétrospective de DPP lors d'accouchements passés) chez des femmes présentant un trouble alimentaire. Trois sous-échelles de l'EMPF ont été évaluées auprès de l'échantillon : préoccupations envers les erreurs, standards personnels et doutes concernant les actions. L'impression d'avoir souffert de symptômes dépressifs postpartum était évaluée par une question unique puis par questionnaire. Contrairement à leurs attentes, la dimension standards personnels élevés était liée *négativement* à la DPP. Ainsi, la DPP serait moins présente chez les mères aux standards personnels élevés. Selon les auteurs, ce résultat pourrait être expliqué par le fait que cette dimension serait associée à un niveau d'effort socialement valorisé et plus ajusté aux capacités de l'individu, tel que le proposent les auteurs de l'EMPF.

Gelabert et son équipe (2012) ont également détecté des liens positifs entre le perfectionnisme (EMPF : toutes dimensions confondues) et la dépression mesurée par questionnaires (DSM-IV et EDPS) dans le cadre d'une étude de cas-témoins. En effet, les résultats des analyses de régression logistique multivariée révèlent des scores de perfectionnisme plus élevés chez les femmes avec DPP entre 0 et 6 mois postpartum que chez les femmes du groupe contrôle (aucune dépression détectée jusqu'à huit mois postpartum). Après avoir contrôlé certains facteurs de risque connus de la DPP (névrotisme élevé, antécédents psychologiques, soutien social perçu et événements de vie stressants), seule la dimension des préoccupations à propos des erreurs est liée au score

plus élevé de DPP. Chez les femmes déprimées, le score de perfectionnisme a été mesuré seulement après une rémission complète de la dépression, ce qui constituerait une force de l'étude. En effet, la propension aux standards de perfection irréalistes et au sentiment d'échec est plus élevée durant le passage à la maternité et la dépression, ce qui aurait pu biaiser les résultats selon les chercheurs.

Une autre contribution à la recherche sur le perfectionnisme et la DPP est la découverte d'un effet médiateur pour expliquer le lien entre les deux variables. Une première étude à avoir testé l'hypothèse d'une variable médiatrice est celle de Thompson et Bendell (2014). Selon les auteurs, les liens positifs décelés entre le perfectionnisme (prescrit par autrui de l'EMPH) et la DPP (EPDS) mesurés par questionnaires entre 4 et 8 semaines après l'accouchement seraient expliqués par les attitudes maternelles dysfonctionnelles et le soi divisé (c.-à-d., tendance de la femme à exprimer aux autres une réalité différente de celle vécue intérieurement; Jack, 1991). Les attitudes maternelles dysfonctionnelles se définiraient comme des cognitions reconnues comme étant liées à la DPP sur les thèmes suivants : attentes irréalistes envers la maternité, envers soi comme mère et présence de conflits de rôle (Warner, Appleby, Whitton, & Faragher, 1997). Une deuxième étude à s'être intéressé à l'explication du lien entre le perfectionnisme et la DPP est celle de Egan, Kane, Winton, Elliot et Mc Evoy (2017) . Le modèle d'équation structurelle (SEM) testé révèle un lien indirect positif entre le perfectionnisme (CPQ) au troisième trimestre de grossesse et la DPP (EPDS) six semaines après l'accouchement via les pensées négatives répétitives et la dépression prénatale. Ainsi, le perfectionnisme prénatal serait associé à

plus de pensées négatives répétitives, qui à leur tour prédiraient la dépression prénatale, laquelle serait associée directement à la DPP.

Plusieurs constats se dégagent des écrits présentés ci-dessus. D'abord, les auteurs ont ciblé presque exclusivement les composantes du perfectionnisme reconnues comme étant représentatives du perfectionnisme mésajusté (voir Tableau 1). La seule étude qui a considéré le perfectionnisme dit ajusté (standards personnels élevés) a observé moins de symptômes de la DPP chez les femmes qui en présentaient les traits (Mazzeo et al., 2006). Il apparaît donc pertinent, dans la présente étude doctorale, de distinguer le perfectionnisme ajusté du perfectionnisme mésajusté afin d'évaluer leur association respective avec la DPP. La recension des écrits met en évidence que, de façon constante, les femmes aux traits perfectionnistes mésajustés seraient plus à risque de développer une dépression en période postpartum. De plus, l'association entre ces deux variables demeure principalement positive peu importe le devis de recherche et l'instrument de mesure du perfectionnisme utilisés. Les résultats semblent toutefois être atténués par le contrôle statistique des facteurs de risque connus de la DPP (p. ex., antécédents psychologiques, soutien social, anxiété et dépression prénatales), soulignant l'importance des variables de contrôle dans l'étude du lien entre le perfectionnisme et la DPP. Grâce aux travaux de Thompson et Bendell (2014) et de Egan et al. (2017), une piste d'étude intéressante est ressortie, soit celle de se pencher sur les mécanismes explicatifs du lien unissant le perfectionnisme à la DPP. Enfin, aucune de ces études n'a évalué la situation des pères ni la présence de l'inter-influence des partenaires dans le développement de la DPP lorsqu'un

ou l'autre des parents est perfectionniste. Or, des études récentes ont montré l'importance de s'intéresser à l'interdépendance des partenaires lorsqu'il est question de la santé mentale en période périnatale (p. ex., anxiété, stress parental, satisfaction conjugale et DPP; Figueiredo et al., 2018; Vismara et al., 2016).

Perfectionnisme et couple

En créant une échelle de mesure spécifique au perfectionnisme dyadique (*Dyadic Almost Perfect Scale* [DAPS]), Shea, Slaney et Rice (2006) sont parmi les premiers à s'être intéressés au perfectionnisme dans les couples d'un point de vue dyadique et notamment à son lien avec deux types de dépressions selon le *Depressive Experience Questionnaire* (DEQ : Blatt, Daffiti, & Quinlan, 1976; dépressions anaclitique et introjectée). Le DAPS a été construit en sélectionnant les items du *Almost Perfect Scale* (APS : Slaney, Rice, Mobley, Trippi, & Ashby, 2001) reliés spécifiquement aux aspects interpersonnels du perfectionnisme (attentes élevées envers son partenaire, perception que son partenaire est à l'ordre et organisé; perception que son partenaire ne répond pas à ses standards de performance). Selon les auteurs, plus le score d'un individu au DAPS est élevé, plus il présente de symptômes de la dépression (dépression introjectée). Bien que la variable étudiée par les chercheurs soit le perfectionnisme dyadique, les analyses statistiques effectuées n'étaient pas de type dyadique; elles ne permettaient donc pas d'établir des liens entre les scores de perfectionnisme et de dépression d'un individu et ceux de son partenaire.

Une récente étude menée par Gingras et al. (2020) a permis d'explorer les liens de type acteur et partenaire du perfectionnisme ajusté/mésajusté et des insécurités d'attachement sur l'adaptation conjugale de 85 couples après l'arrivée d'un enfant. Selon les analyses dyadiques effectuées, le perfectionnisme ajusté serait positivement lié à la satisfaction conjugale des deux partenaires et à l'alliance parentale de l'homme alors que le perfectionnisme mésajusté serait lié négativement à l'alliance parentale chez l'homme et à la satisfaction conjugale chez la femme. Bien que les symptômes dépressifs étaient mesurés chez les participants, vérifier leur relation dyadique avec le perfectionnisme n'était pas un objectif de l'étude. Mackinnon et al. (2012) avaient quant à eux cet objectif dans leur étude longitudinale réalisée auprès de 226 couples canadiens. La période postnatale n'était toutefois pas visée par l'étude. Leurs analyses dyadiques avaient pour but de tester le modèle de déconnexion sociale du perfectionnisme (Hewitt, Flett, Sherry, & Caelian, 2006), selon lequel le perfectionnisme confère à l'individu une plus grande vulnérabilité aux symptômes dépressifs par le biais des conflits interpersonnels. Les résultats de leurs analyses acheminatoires ont montré que le perfectionnisme chez l'individu (au temps 1) expliquait la présence de symptômes dépressifs tant chez lui que chez son/sa partenaire (au temps 3) par l'entremise des comportements négatifs dyadiques lors des conflits quotidiens (14 jours de journaux quotidiens au temps 2). En plus de faire ressortir l'importance d'adopter une approche dyadique dans l'étude du lien unissant le perfectionnisme à la dépression, ces résultats montrent la pertinence de s'intéresser aux mécanismes explicatifs de cette association. Cette thèse doctorale a également pour objectif de mieux comprendre ce qui pourrait expliquer le lien entre ces deux variables.

Rôle médiateur de l'anxiété

Une étude canadienne a précisément poursuivi l'objectif d'explorer les mécanismes expliquant l'association entre le perfectionnisme mésajusté et la dépression auprès d'une population d'étudiants universitaires. Bien que l'objet d'analyse n'était pas le couple et que l'étude ne visait pas spécifiquement la période périnatale, Pirbaglou et al. (2013) ont révélé le rôle médiateur de la sensibilité à l'anxiété (c.-à-d., peur des conséquences négatives des symptômes anxieux tel que le jugement négatif des autres) et des pensées automatiques négatives dans l'association entre le perfectionnisme mésajusté et les symptômes anxiodépressifs de l'individu. Ainsi, près de 60 % de la variance de la dépression serait expliquée par les effets indirects de variables liées à l'anxiété (sensibilité à l'anxiété et pensées automatiques négatives). Ces résultats soulignent la pertinence de se tourner vers le rôle médiateur de l'anxiété pour mieux appréhender comment le perfectionnisme contribue à la dépression. Oddo-Sommerfeld (2016) a notamment poursuivi cet objectif dans son étude réalisée auprès de 266 femmes allemandes en période périnatale (voir Tableau 1). En effet, ses travaux ont porté entre autres sur l'évaluation du rôle médiateur de l'anxiété et de la dépression prénatales au troisième trimestre de grossesse dans le lien unissant le perfectionnisme dysfonctionnel (préoccupation à propos des erreurs et doute concernant les actions) et la personnalité évitante à la dépression et l'anxiété postnatales 12 semaines après l'accouchement. Alors que les liens directs n'étaient pas significatifs, le perfectionnisme dysfonctionnel et la personnalité évitante semblent plutôt reliés à la dépression et l'anxiété postnatales par l'entremise de l'anxiété

et la dépression prénatales. Ces découvertes récentes d'Oddo-Sommerfeld (2016) portent également à penser que le rôle médiateur de l'anxiété doit être pris en compte dans l'étude des liens entre le perfectionnisme et la dépression, plus particulièrement chez les parents.

L'anxiété durant la grossesse ou après l'accouchement est d'ailleurs une problématique de plus en plus étudiée par les chercheurs étant donnée sa haute prévalence. Les données les plus récentes tirées d'une méta-analyse sur la prévalence de l'anxiété périnatale chez les mères indiquent que 8,5 % d'entre elles vivraient un ou plusieurs troubles anxieux durant cette période (Goodman, Watson, & Stubbs, 2016). Bien que les données quant à la prévalence de l'anxiété chez les pères soient encore rarissimes, elles suggèrent qu'entre 4 et 16 % d'entre eux présenteraient des symptômes ou un trouble liés à l'anxiété durant la grossesse alors qu'entre 2 et 18 % en souffriraient dans la première année postpartum (Sokol & Allred, 2017). Par ailleurs, les nouveaux pères souffriraient davantage d'anxiété que de DPP selon Wynter, Rowe et Fisher (2013). Malgré l'importance de cette problématique, le rôle de l'anxiété chez les hommes et femmes et son possible rôle explicatif du lien entre les traits perfectionnistes et la DPP demeurent encore peu connus. Les analyses des études existantes semblent toutefois converger vers les mêmes résultats. En effet, les femmes visant la perfection dans leur rôle de mère rapporteraient un niveau de détresse plus élevé teintée entre autres par l'anxiété (Emmanuel & St John, 2010; Hirsch, 2013). Chez les mères aux traits élevés de perfectionnisme, la détresse serait encore plus importante. Le stress parental serait en effet plus élevé chez les mères au perfectionnisme mésajusté après l'arrivée d'un enfant (Gagné, 2015) et chez les pères

présentant un niveau élevé de perfectionnisme prescrit par autrui (Lee, Schoppe-Sullivan, & Kamp Dush, 2012a). Les pères au perfectionnisme dit ajusté (orienté vers soi) seraient toutefois moins stressés trois mois après la naissance de leur premier enfant (Lee, Schoppe-Sullivan, & Kamp Dush, 2012b). Ce résultat est particulièrement intéressant pour cette étude qui tentera de vérifier si le perfectionnisme ajusté est également lié à l'anxiété et à la dépression chez les couples de parents d'un nouvel enfant.

À ce jour, les études sur l'anxiété en contexte périnatal ont surtout documenté ses liens positifs directs avec la DPP, phénomène observé autant chez les mères (Coelho, Murray, Royal-Lawson, & Cooper, 2011; Grant, McMahon, & Austin, 2008; Liou, Wang, & Cheng, 2014; Robertson et al., 2004) que chez les pères (Ferketich & Mercer, 1995; Robertson et al., 2004; Wee, Skouteris, Richardson, McPhie, & Hill, 2015). Certains auteurs ont même remarqué que l'anxiété précéderait la DPP. En effet, la présence des symptômes sous-jacents au diagnostic de Trouble d'anxiété généralisée (TAG) postnatale chez les mères permettrait de prédire la présence ultérieure d'une DPP, mais non l'inverse, selon l'étude longitudinale de Prénoveau et al. (2013). Chez les pères, un haut niveau d'anxiété en début de grossesse prédirait la dépression en fin de grossesse (Wee et al., 2015). En période postpartum, l'anxiété et le stress représenteraient même les plus forts prédicteurs des symptômes dépressifs chez les hommes selon l'étude dyadique de Vismara et al. (2016). Selon les mêmes auteurs, le développement des symptômes dépressifs chez les parents serait associé positivement tant à leur propre niveau d'anxiété qu'à la présence de dépression chez leur partenaire, soulignant une fois de plus la pertinence d'adopter une

perspective dyadique dans l'étude de ces variables.

En explorant notamment le rôle médiateur de l'anxiété prénatale dans le lien unissant le perfectionnisme à la DPP chez les mères, l'étude d'Oddo-Sommerfeld (2016) ci-haut mentionnée est celle qui se rapproche le plus des objectifs de cette thèse. Étant donné que les symptômes anxieux sous-jacents au TAG sont les plus répandus chez les nouveaux parents, il apparaît donc pertinent de s'intéresser au rôle indirect de ceux-ci en période postpartum. Ces symptômes regroupent les inquiétudes excessives et incontrôlables ainsi que des aspects somatiques dont l'agitation, la fatigue, la difficulté à se concentrer, l'irritabilité, les tensions musculaires et des difficultés de sommeil (DSM-V, 2015). Plus précisément, cette thèse vérifie le rôle médiateur de l'anxiété (symptômes anxieux sous-jacents au TAG) dans l'association entre le perfectionnisme et les symptômes dépressifs chez les couples après l'arrivée d'un enfant. Afin de simplifier la présentation, le terme anxiété sera retenu dans cette thèse.

Objectifs et hypothèses

La présente étude a comme premier objectif d'examiner les liens entre le perfectionnisme (ajusté et mésajusté) et les symptômes dépressifs chez les couples après l'arrivée d'un enfant. Il est postulé que le perfectionnisme mésajusté sera lié à un plus haut niveau de symptômes dépressifs chez la mère et le père (H1 : effet acteur). L'absence d'appuis théoriques sur la relation entre le perfectionnisme ajusté et les symptômes dépressifs chez les parents permet la formulation de la question suivante : est-ce qu'il y a

un lien entre le perfectionnisme ajusté et les symptômes dépressifs des mères et des pères (Q1 : effet acteur)? Puisqu'aucune étude n'a encore évalué les liens dyadiques entre les deux types de perfectionnisme et les symptômes dépressifs, la question suivante est formulée : est-ce que le perfectionnisme (ajusté et mésajusté) chez un parent est lié aux symptômes dépressifs de son partenaire (Q2 : effet partenaire)?

Le deuxième objectif de cette étude est d'évaluer le rôle médiateur de l'anxiété dans les liens unissant le perfectionnisme et les symptômes dépressifs postnataux. La seule étude qui s'est penchée sur la question à ce jour a révélé que l'anxiété et la dépression prénatales expliquaient le lien entre le perfectionnisme et la DPP, mais chez les mères seulement. La recherche a principalement exploré les liens directs entre le perfectionnisme mésajusté et l'anxiété puis entre l'anxiété et la DPP; des liens positifs ayant émergé entre ces variables. Il est donc postulé que, chez un parent, le perfectionnisme mésajusté sera associé à plus d'anxiété (H2 : effet acteur) et que l'anxiété sera liée positivement aux symptômes dépressifs (H3 : effet acteur). En ce qui a trait au rôle médiateur de l'anxiété, les questions de recherche suivantes sont formulées : 1) est-ce que l'anxiété explique le lien entre le perfectionnisme mésajusté d'un individu et ses symptômes dépressifs (Q3 : effet acteur), ainsi que ceux de son partenaire (Q3 : effet partenaire)? 2) est-ce que l'anxiété agirait comme médiateur entre le perfectionnisme ajusté d'un individu et ses symptômes dépressifs (Q4 : effet acteur), ainsi que ceux de son partenaire (Q4 : effet partenaire)?

Méthode

Cette section présente la méthodologie utilisée pour répondre aux objectifs et hypothèses formulées. Elle inclut des informations sur les participants, le déroulement, les instruments de mesure ayant servi à la collecte de données, les considérations éthiques et les stratégies d'analyse utilisées.

Participants

L'échantillon de la présente étude est formé de 85 couples de parents québécois, dont 50 ont été recrutés entre janvier 2011 et avril 2014 dans le cadre d'une étude corrélationnelle et transversale plus vaste menée par Gagné (2015) auprès de couples en période postnatale. Cette recherche visait à étudier des facteurs psychologiques liés à la satisfaction conjugale et l'ajustement parental lors de l'arrivée d'un enfant. Pour déterminer le nombre de couples à recruter pour la présente étude, une analyse de puissance statistique suivant le *Actor–Partner Interdependence Model* (APIM) a été menée sur la plateforme APIMPower (Ackerman, Ledermann, & Kenny, 2014). L'analyse a révélé que 73 couples étaient requis pour détecter des effets acteurs et partenaires de taille moyenne avec un alpha de 0,05 et une puissance de 80 %. Ainsi, pour bonifier la taille de l'échantillon, une autre vague de recrutement a été menée entre février et avril 2018; 35 couples supplémentaires ont ainsi été recrutés, portant le total à 85 couples. Pour participer, les deux partenaires devaient : être les parents biologiques d'un enfant âgé entre 6 et 24 mois;

être âgés de plus de 18 ans; être hétérosexuels et cohabiter. Six couples avec un enfant ne répondant pas au critère d'âge minimal/maximal exigé par l'étude ont complété les questionnaires malgré la consigne émise. Parmi ces enfants, trois étaient âgés de 2, 3 et 4 mois, deux enfants étaient âgés de 5 mois et un autre de 25 mois. Toutes les analyses préliminaires et principales ont été réalisées avec et sans ces six couples pour vérifier si les résultats différaient significativement d'un échantillon à l'autre. Puisque les résultats étaient similaires, les six couples ont été conservés dans l'échantillon. L'homosexualité, l'adoption, l'insémination artificielle, le recours à une mère porteuse et l'absence de cohabitation ont été retenus comme critères d'exclusion puisque l'adaptation des parents répondant à ces critères serait différente (Doss & Rhoades, 2017).

Les 85 femmes de l'échantillon étaient âgées entre 19 et 39 ans ($M = 30,15$; $ET = 3,79$) et les 85 hommes entre 20 et 44 ans ($M = 30,93$; $ET = 4,91$). Les couples étaient mariés (35,3 %) ou en union de fait (64,7 %), et ce, pour une durée moyenne de 7,67 ans (variant de 1 à 14 ans). Les participants ont complété des études primaires et secondaires (femme : 14,1 %; homme : 14,1 %), collégiales (femmes : 14,1 %; hommes : 20,0 %) ou universitaires (femmes : 71,8 %; hommes : 52,9 %). Leur revenu familial se situait à moins de 20 000 \$ (2,4 %), entre 20 000 \$ et 49 999 \$ (15,2 %), entre 50 000 \$ et 79 999 \$ (34,2 %), entre 80 000 \$ et 109 999 \$ (28,2 %) et 110 000 \$ et plus (20,0 %).

Un peu plus de la moitié des couples en étaient à leur premier enfant (51,76 %) et 48,2 % de l'échantillon avait deux enfants et plus. La répartition des cadets selon le sexe

est relativement égale et l'âge de ceux-ci était en moyenne de 12,47 mois ($ET = 5,77$) au moment de la complétion des questionnaires. Une minorité des cadets a éprouvé des problèmes de santé à la naissance (7,1 %) et seulement 2,4 % sont nés prématurément. La grossesse du dernier enfant avait été planifiée pour la plupart des couples (80 %) et s'est déroulée sans complication pour la majorité (88,2 %). Une minorité des couples ont expérimenté des difficultés de conception (3,5 %) et l'accouchement s'est déroulé sans complications pour la majorité (81,2 %). La majorité des participants considèrent s'être suffisamment préparés à l'arrivée de leur enfant (femme = 90,6 %; homme = 91,8 %) et perçoivent la répartition des tâches et des soins liés à l'enfant comme satisfaisante (femme = 91,8 %; homme = 100,0 %). En ce qui a trait au soutien reçu de l'entourage, environ deux fois plus de femmes que d'hommes considèrent le soutien comme adéquat (femme = 77,6 %; homme = 38,8 %).

Déroulement

La sollicitation des couples québécois s'est faite principalement par l'intermédiaire d'affiches publicitaires apposées dans des lieux publics et via des invitations imprimées et virtuelles (p. ex., journaux locaux, courriels, Facebook). Divers milieux ont collaboré au recrutement : des établissements d'enseignement supérieur (cégep, université), des entreprises (p. ex., pharmacies, épiceries, boutiques pour enfants, cafés parents-enfants), des organisations publiques et communautaires spécialisées en périnatalité et en santé (p. ex., hôpitaux, cliniques médicales, Naissance-Renaissance, Maison des naissances de l'Estrie). Les personnes intéressées étaient invitées à se rendre sur le site de l'étude et

répondre à une batterie de questionnaires autoadministrés en ligne via la plate-forme sécurisée *Survey Monkey* (voir questionnaire sociodémographique et situationnel, Appendice B). Les participants pouvaient également répondre aux questionnaires en version papier (sur demande, avec retour des questionnaires par la poste) : trois couples ont utilisé cette modalité. Les questionnaires devaient être complétés de façon individuelle par les deux membres du couple.

Instruments

Les participants ont répondu à une batterie de neuf questionnaires. Quatre sont utilisés dans le cadre de la présente étude.

Questionnaire sociodémographique et situationnel (Gagné, 2015). Ce questionnaire permet d'identifier les principales caractéristiques sociodémographiques des participants (p. ex., statut conjugal, durée de la relation, revenu familial, nombre d'enfants, sexe, âge et problème de santé de leur cadet) en plus d'évaluer différents aspects reliés à la parentalité (p. ex., préparation suffisante à l'arrivée de l'enfant), à la grossesse (p. ex., grossesse planifiée ou imprévue) et l'accouchement, au soutien de l'entourage et à la répartition des tâches.

Questionnaire de Perfectionnisme-Révisé (QP-R; Langlois et al., 2010). Ce questionnaire, composé de deux sous-échelles, comporte 20 items gradués sur une échelle de Likert en cinq points variant de « ne me décrit pas du tout » à « me décrit tout à fait ».

La première sous-échelle évalue la disposition au perfectionnisme ajusté (7 items; p. ex., j'essaie de toujours bien réussir toutes les choses que j'entreprends) et la deuxième examine les manifestations mésajustées du perfectionnisme (13 items; p. ex., tant que je n'ai pas de preuve que c'est parfait, j'ai tendance à croire que c'est mauvais). Le score est formé de la moyenne des items propres à chaque échelle, un score élevé reflétant la présence de perfectionnisme (ajusté/mésajusté). Les deux sous-échelles présentent une cohérence interne satisfaisante (perfectionnisme ajusté : $\alpha = 0,88$; perfectionnisme mésajusté : $\alpha = 0,94$) et une bonne validité de construit (Langlois et al., 2010).

Inventaire de dépression de Beck - II (IDB-II; traduction française du *Beck Depression Inventory-second edition*, Beck, Steer, & Brown, 1996). Construit selon les critères diagnostiques du DSM-IV pour la dépression majeure, ce questionnaire auto-rapporté de 21 groupes d'énoncés évalue les symptômes dépressifs du participant (facteurs cognitifs : p. ex., attitude critique envers soi; facteurs affectifs : p. ex., tristesse, culpabilité; facteurs somatiques : p. ex., modification du sommeil, difficulté à se concentrer). Chaque item est évalué sur une échelle de 0 à 3 et le score global (somme des 21 items) se situe entre 0 et 63. Plus le score est élevé, plus l'individu présente des symptômes dépressifs. L'IDB-II présente une validité adéquate, une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,92$) et une fidélité test-retest satisfaisante à une semaine d'intervalle ($r = 0,93$; A. T. Beck, Steer, & Brown, 1996).

Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA; Dugas et al., 2001). Le QIA évalue la présence et l'intensité des symptômes du TAG selon les critères diagnostiques du DSM-V. Il est composé de 11 items mesurant : (1) les thèmes d'inquiétudes les plus fréquents (question ouverte), (2) le caractère excessif et (3) incontrôlable de l'inquiétude, (4) la fréquence et la durée du trouble, (5) les symptômes somatiques (agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil) ainsi que (6) la détresse et l'interférence associées à l'inquiétude et à l'anxiété. Chaque item (sauf la question ouverte sur les thèmes d'inquiétudes) est coté sur une échelle en neuf points de type Likert variant de 0 à 8. Un score élevé indique une plus grande sévérité des symptômes du TAG. Le QIA distingue adéquatement les patients présentant ou non un diagnostic du TAG et est sensible au niveau d'inquiétude des participants de la population non clinique. Il présente une validité de critère élevée, une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,91$) et une fidélité test-retest satisfaisante (neuf semaines; accord = 79 %).

Considérations éthiques

Avant de prendre part à l'étude, chaque partenaire a lu et signé (électroniquement) le formulaire de consentement, qui présente les informations relatives à la confidentialité, au but de l'étude, aux avantages et inconvénients d'y participer, ainsi qu'au droit de retrait des participants (voir Appendice C). Les participants vivant de la détresse psychologique lors de la complétion des questionnaires pouvaient contacter la chercheuse principale, laquelle était responsable de les référer à une personne compétente pour de l'aide

psychologique. Pour préserver l'anonymat des participants, l'appariement des questionnaires des partenaires de chaque couple s'est fait via un code alphanumérique. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Stratégie d'analyse

Afin de répondre aux objectifs et hypothèses de recherche, des analyses acheminatoires (*path analyses*) basées sur le modèle d'interdépendance acteur partenaire (APIM; Kenny, Kashy, & Cook, 2006) ont été menées à l'aide du logiciel AMOS 22 en utilisant le couple comme unité d'analyse. Ce type d'analyse permet d'évaluer les liens directs entre les types de perfectionnisme (ajusté/mésajusté) d'un individu et ses symptômes anxieux et dépressifs (effet acteur), ainsi que ceux de son partenaire (effet partenaire). Il permet aussi d'examiner l'effet indirect possible des types de perfectionnisme sur les symptômes dépressifs, par leur effet sur les symptômes anxieux (médiateur). Afin de vérifier le rôle médiateur de l'anxiété dans les liens entre le perfectionnisme et les symptômes dépressifs, la procédure de rééchantillonnage (*bootstrapping*) sur 5000 échantillons aléatoires permet de tester la signification des liens indirects (Preacher & Hayes, 2008). Les analyses APIM considèrent la non indépendance des variables des deux partenaires du couple et les corrélations entre celles-ci. Ces analyses permettent aussi de vérifier la présence de différences de genre (Kenny et al., 2006). Les analyses peuvent également être réalisées en contrôlant certaines variables pertinentes, telles que le soutien social. Des analyses préliminaires (corrélations, tests *t*)

permettent de vérifier la présence de variables contrôle potentielles.

Résultats

Cette section présente les analyses effectuées lors de l'étude ainsi que les résultats pertinents qui en ressortent. Les analyses préliminaires sont d'abord décrites, incluant l'identification des variables de contrôle. Les analyses principales sont ensuite détaillées ainsi que les principaux résultats qui en découlent.

Analyses préliminaires

Le Tableau 2 présente les corrélations préliminaires, les alphas de Cronbach ainsi que les statistiques descriptives et de normalité pour les variables principales sur l'ensemble des 85 couples de l'échantillon. L'analyse des données a révélé que la majorité des variables à l'étude présente une distribution normale selon le test de Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$) ou les indices d'asymétrie et d'aplatissement. Toutes les variables présentaient des relations linéaires selon les diagrammes de dispersion. Or, un problème de valeurs extrêmes a été rencontré pour les symptômes dépressifs chez les hommes et les femmes, expliquant que ces variables ne soient pas normalement distribuées. Suivant la recommandation de Fields (2018), les quatre données présentant des valeurs extrêmes (deux scores de 46 chez les femmes; un score de 33 et 34 chez les hommes) ont été windsorisées afin que ces données ne soient plus considérées comme extrêmes (c.-à-d., à moins de 3,29 écarts-types de la moyenne) et ainsi permettre aux distributions de ne pas s'éloigner de la normalité. Enfin, les coefficients alpha de Cronbach indiquent une cohérence interne adéquate au sein de l'échantillon.

Tableau 2

Corrélations entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté), l'anxiété et les symptômes dépressifs chez les hommes (N=85) et les femmes (N=85)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Perfectionnisme ajusté F	-							
2. Perfectionnisme mésajusté F	0,50**	-						
3. Anxiété F	0,06	0,44**	-					
4. Symptômes dépressifs F	-0,04	0,44**	0,70**	-				
5. Perfectionnisme ajusté H	0,09	-0,07	-0,10	-0,10	-			
6. Perfectionnisme mésajusté H	0,12	0,02	0,02	0,04	0,47**	-		
7. Anxiété H	-0,11	0,20	0,39**	0,39**	0,02	0,28**	-	
8. Symptômes dépressifs H	0,01	0,19	0,22*	0,35**	-0,26*	0,13	0,61**	-
Min	1,43	1,00	7,00	0,00	1,57	1,00	7,00	0,00
Max	5,00	5,00	63,00	46,00	5,00	4,69	58,00	34,00
M	3,38	2,45	27,70	10,69	3,45	2,03	21,30	7,27
ÉT	0,83	1,09	11,69	8,80	0,78	0,78	10,70	6,83
Asymétrie	-0,11	0,53	0,43	1,81	-0,27	0,99	0,82	1,88
Aplatissement	-0,61	-0,77	0,16	4,65	-0,48	0,76	0,53	4,29
α	0,84	0,96	0,91	0,93	0,83	0,92	0,92	0,91

Note. F = femme. H = homme. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Selon les analyses de corrélations préliminaires, des liens positifs forts ressortent entre le perfectionnisme mésajusté et ajusté, puis entre l'anxiété et les symptômes dépressifs, tant chez les femmes que chez les hommes. Chez les femmes, les corrélations révèlent des liens positifs modérés entre le perfectionnisme mésajusté, l'anxiété et les symptômes dépressifs. Chez les hommes, le perfectionnisme mésajusté serait associé

faiblement à l'anxiété et ne présenterait pas de lien significatif avec les symptômes dépressifs. La seule association négative significative révélée par les corrélations réside entre le perfectionnisme ajusté de l'homme et son anxiété. Au plan de l'interdépendance des partenaires, des associations positives modérées sont trouvées entre l'anxiété de l'homme et les symptômes anxieux et dépressifs de la femme, puis entre les symptômes dépressifs de l'homme et ceux de la femme. Également, un lien positif, mais plus faible, est observé entre l'anxiété de la femme et les symptômes dépressifs de son partenaire. Ces corrélations appuient la pertinence de traiter le couple comme unité d'analyse et de mener des analyses dyadiques reposant sur le modèle APIM.

Identification des variables contrôles

Dans le but d'identifier les variables de contrôle potentielles à considérer dans les analyses principales, des analyses préliminaires ont été menées sur plusieurs variables sociodémographiques et situationnelles en lien avec les scores de dépression, soit : les variables nominales dichotomiques que sont le statut conjugal (marié ou non), le nombre d'enfants (1, 2 ou +), la présence de troubles de santé chez le dernier-né (oui, non), le sexe du cadet, une grossesse planifiée (oui, non), une préparation suffisante des conjoints à l'arrivée de l'enfant (oui, non), le soutien perçu de la part de l'entourage (satisfaisant, insatisfaisant); les variables continues que sont la durée de la relation, le revenu familial et l'âge du cadet. Des tests *t* pour échantillons indépendants ont été réalisés pour vérifier le rôle des variables nominales dichotomiques et des corrélations de Pearson ont été effectuées pour vérifier le rôle des variables continues, tant chez les hommes que chez les

femmes. Les analyses corrélationnelles n'ont révélé aucune variable contrôle potentielle. Pour être ciblée comme variable contrôle selon le test t , le résultat au test devait être significatif et la taille d'effet supérieure à 0,50 selon la statistique d de Cohen (1988). Deux variables de contrôle ont été retenues selon les résultats des tests t menés sur les symptômes dépressifs des femmes : le statut conjugal et la perception de soutien de l'entourage. Ainsi, les conjointes de fait de l'échantillon présentent plus de symptômes dépressifs ($M = 11,87$) que les femmes mariées ($M = 7,93$; $t(82,39) = 2,56$, $p = 0,012$, $d = 0,54$). De plus, les femmes percevant le soutien de leur entourage comme satisfaisant ($M = 9,47$) présentaient moins de symptômes dépressifs que celles qui en étaient insatisfaites ($M = 14,00$), avec une taille d'effet moyenne ($t(83) = 2,22$, $p = 0,029$, $d = 0,60$).

Analyses principales

Pour répondre aux deux objectifs de la recherche, deux analyses acheminatoires dyadiques reposant sur le *Actor-Partner Interdependence Model* (APIM : Kenny et al., 2006) ont été menées sur le logiciel AMOS. Pour chaque modèle un test de distinguabilité des dyades a permis de vérifier si les effets de type acteur (p. ex., lien entre le perfectionnisme ajusté de la femme et ses symptômes dépressifs) et de type partenaire (p. ex., lien entre le perfectionnisme ajusté de la femme et les symptômes dépressifs de son partenaire) sont différents pour les hommes et les femmes. Puis, l'ajustement des modèles est vérifié au moyen de quatre indices : un test de chi-carré non-significatif, un indice *Comparative Fit Index* (CFI) supérieur à 0,95, et des indices *Standardised Root Mean Square Residual* (SRMR) et *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA)

inférieurs à 0,08 (Kline, 2016).

Modèle dyadique des liens directs entre perfectionnisme et symptômes dépressifs

Avant de tester le modèle dyadique des liens directs entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) des deux partenaires et leurs symptômes dépressifs (premier objectif) en contrôlant pour le statut conjugal et le soutien de l'entourage chez la femme, un test de distinguabilité des dyades a été effectué pour vérifier si des différences entre les hommes et les femmes étaient présentes pour les liens de types acteur et partenaire. Le test de distinguabilité des dyades de ce modèle révèle que les effets acteurs et partenaires ne diffèrent pas significativement entre les hommes et les femmes ($\Delta\chi^2(5) = 3,56, p = 0,614$). Puisqu'aucune différence significative n'a été notée entre le modèle qui contraint les effets acteurs et partenaires à être égaux ($\chi^2(20) = 16,71, p = 0,672$; CFI = 1,00; SRMR = 0,0823; RMSEA = 0,000 IC95% [0,000; 0,076] et le modèle sans contrainte ($\chi^2(15) = 13,15, p = 0,591$; CFI = 1,00; SRMR = 0,076; RMSEA = 0,000, IC95% [0,000; 0,091]), le modèle contraint a été retenu car il est bien ajusté, plus puissant et parcimonieux.

La Figure 1 présente les résultats du modèle dyadique vérifiant les liens acteurs et partenaires entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) et les symptômes dépressifs des parents, en plus de contrôler pour le statut conjugal et le soutien de l'entourage perçu par la femme. Les liens de type acteur et partenaire s'avèrent être les mêmes pour les deux partenaires. Précisément, le perfectionnisme mésajusté de chaque parent est lié positivement à ses propres symptômes dépressifs alors que le perfectionnisme ajusté de

chaque parent est lié négativement à ses propres symptômes dépressifs. Ainsi, plus les hommes et les femmes présentent des traits de perfectionnisme mésajusté, plus ils rapportent de symptômes dépressifs. Au contraire, plus les parents présentent des traits de perfectionnisme ajusté, moins ils rapportent de symptômes dépressifs. Un effet de type partenaire est également apparu lors des analyses. Les résultats montrent que les partenaires des individus présentant un degré plus élevé de perfectionnisme mésajusté rapportent aussi davantage de symptômes dépressifs, et ce, peu importe le sexe.

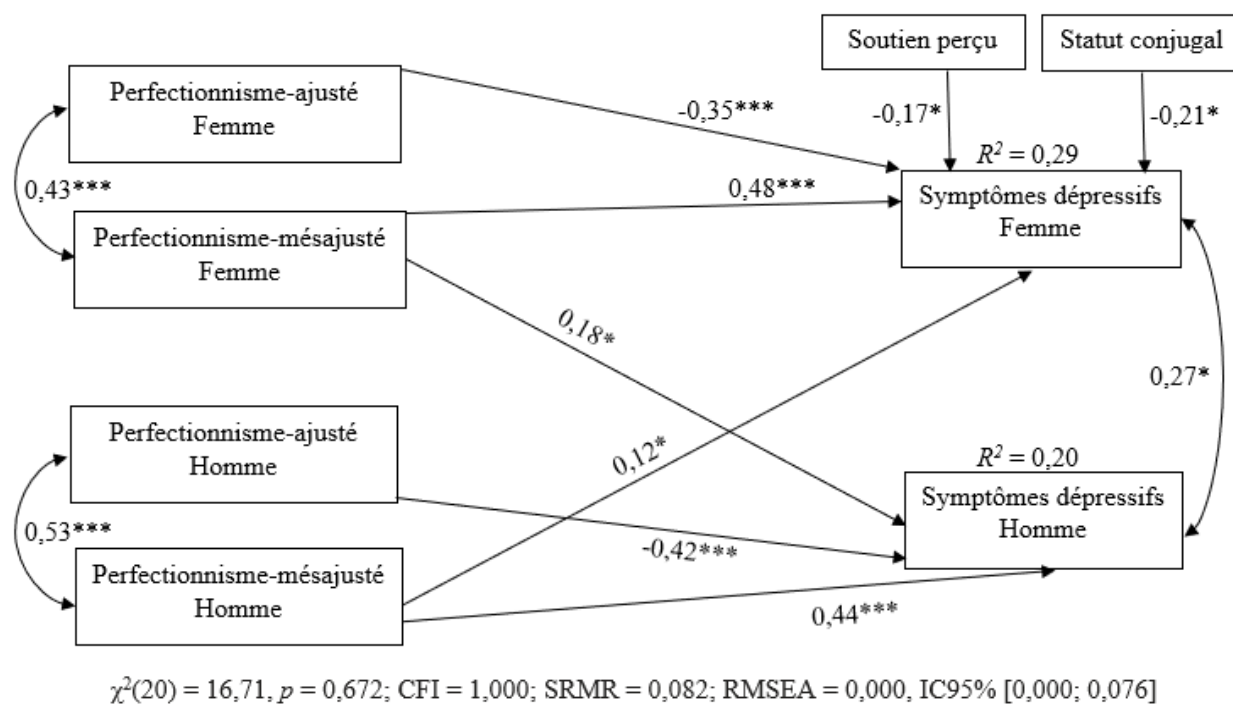


Figure 1. Liens entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) des deux partenaires et leurs symptômes dépressifs en contrôlant pour le statut conjugal et le soutien perçu chez la femme ($N = 85$ couples). $^*p < 0,05$. $^{**}p < 0,01$. $^{***}p < 0,001$.

Modèles dyadiques des liens directs/indirects entre perfectionnisme et symptômes dépressifs par le biais de l'anxiété

Une seconde analyse acheminatoire vise à tester le modèle dyadique des liens directs et indirects entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) des deux partenaires et leurs symptômes dépressifs par le biais des symptômes anxieux (deuxième objectif), en contrôlant pour le statut conjugal et le soutien de l'entourage chez la femme. Avant de mener l'analyse, le test de distinguabilité des dyades a été effectué pour vérifier si des différences entre les hommes et les femmes étaient présentes pour les liens de types acteur et partenaire. Le test de distinguabilité des dyades de ce modèle révèle des différences de genre pour les effets acteurs et partenaires ($\Delta\chi^2(17) = 33,96, p = 0,008$). Puisque le modèle qui contraint les effets acteurs et partenaires à être égaux ne présentait pas un aussi bon ajustement ($\chi^2(36) = 54,88, p = 0,023$; CFI = 0,903; SRMR = 0,0823; RMSEA = 0,079 IC90% [0,030; 0,119] que le modèle sans contrainte ($\chi^2(19) = 20,92, p = 0,341$; CFI = 0,990; SRMR = 0,076; RMSEA = 0,035, IC90% [0,000; 0,104]), ce dernier modèle a été retenu.

La Figure 2 présente les résultats du modèle dyadique vérifiant le rôle médiateur de l'anxiété dans l'association entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) et les symptômes dépressifs, en contrôlant pour le statut de la relation conjugale et le soutien perçu par la femme. À la fois chez l'homme et chez la femme, les liens acteurs suivants sont révélés : le perfectionnisme ajusté est lié négativement aux symptômes dépressifs; le

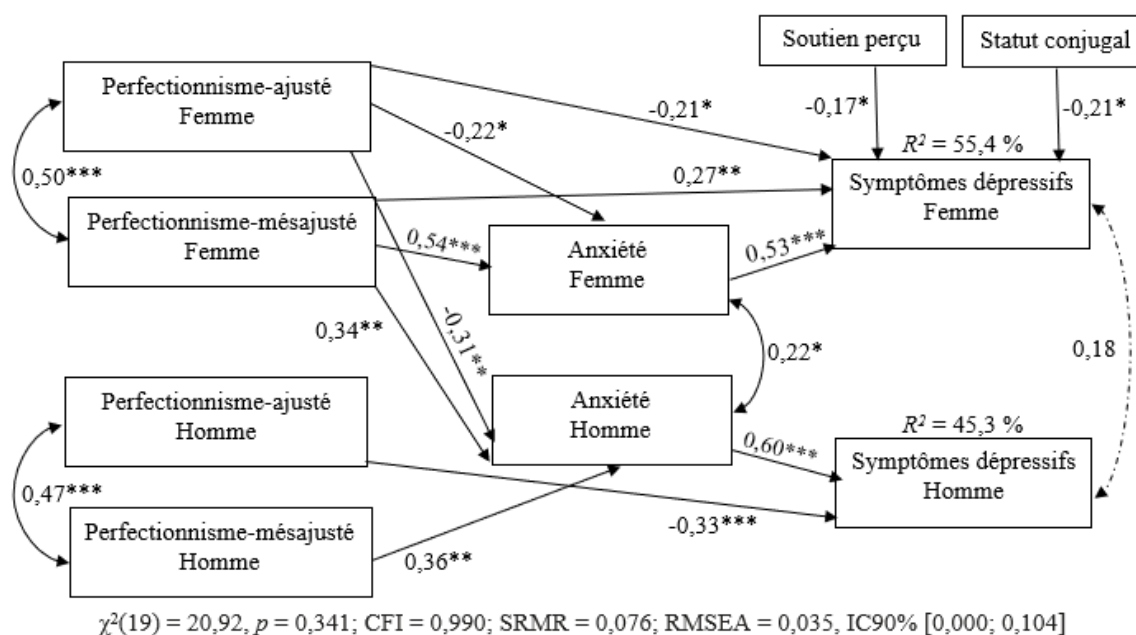


Figure 2. Rôle médiateur de l'anxiété dans l'association entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) des deux partenaires et leurs symptômes dépressifs, en contrôlant pour le statut conjugal et le soutien perçu chez la femme ($N = 85$ couples). $^*p < 0,05$. $^{**}p < 0,01$. $^{***}p < 0,001$. La ligne pointillée représente un lien non-significatif.

perfectionnisme mésajusté est lié positivement à l'anxiété; et l'anxiété est liée positivement aux symptômes dépressifs. De plus, deux liens spécifiques sont observés uniquement chez la femme : le perfectionnisme ajusté de la femme est lié négativement à son anxiété et son perfectionnisme mésajusté est lié directement et positivement à ses symptômes dépressifs. La Figure 2 révèle également deux liens de type partenaire. En effet, le perfectionnisme mésajusté de la femme est lié positivement à l'anxiété de son partenaire alors que le perfectionnisme ajusté de la femme est lié négativement à l'anxiété de l'homme. Ainsi, plus le degré de perfectionnisme mésajusté de la femme est élevé, plus

son partenaire rapporte de symptômes anxieux, alors que plus le degré de perfectionnisme ajusté de la femme est élevé, moins son partenaire rapporte de symptômes anxieux.

Afin de vérifier le rôle médiateur des symptômes anxieux dans les liens entre le perfectionnisme et les symptômes dépressifs, la procédure de rééchantillonnage (*bootstrapping*) sur 5000 échantillons aléatoires a permis de tester la signification des liens indirects (Preacher & Hayes, 2008). Cinq effets indirects se sont avérés significatifs, dont trois de type acteur et deux de type partenaire. Les résultats concernant les effets indirects de type acteur révèlent d'abord la présence d'un effet indirect du perfectionnisme mésajusté du parent sur ses symptômes dépressifs via ses symptômes d'anxiété, et ce, autant chez la femme ($\beta = 0,337$, $ES = 0,085$, $p = 0,001$, IC90 % [0,189; 0,466]) que chez l'homme ($\beta = 0,213$, $ES = 0,079$, $p = 0,005$, IC90 % [0,084; 0,340]). Ainsi, la présence plus élevée de symptômes dépressifs chez l'individu présentant plus de perfectionnisme mésajusté semble pouvoir s'expliquer, notamment, par son propre niveau d'anxiété plus élevé. De plus, le perfectionnisme ajusté de la femme est quant à lui lié indirectement et négativement à ses symptômes dépressifs par le biais de ses symptômes d'anxiété moins élevés ($\beta = -0,161$, $ES = 0,076$, $p = 0,039$, IC90% [-0,280; -0,031]). Ainsi, la plus faible présence de symptômes dépressifs notés chez les femmes présentant plus de perfectionnisme ajusté semble pouvoir s'expliquer par un degré d'anxiété moins élevé.

Les données concernant les effets indirects de type partenaire révèlent deux résultats significatifs : le perfectionnisme mésajusté de la femme est lié indirectement aux

symptômes dépressifs de son partenaire via les symptômes d'anxiété plus élevés de l'homme ($\beta = 0,193$, $ES = 0,081$, $p = 0,013$, IC90 % [0,061; 0,325]); le perfectionnisme ajusté de la femme est aussi lié indirectement et négativement aux symptômes dépressifs de son partenaire via les symptômes d'anxiété moins élevés de l'homme ($\beta = -0,182$, $ES = 0,079$, $p = 0,013$, IC90% [-0,315; -0,059]). En somme, si les participants en couple avec une partenaire au perfectionnisme mésajusté plus élevé présentent plus de symptômes dépressifs, c'est notamment parce qu'ils sont plus anxieux, tandis que si les hommes en couple avec une partenaire au perfectionnisme ajusté plus élevé présentent moins de symptômes dépressifs, cela pourrait s'expliquer en partie par leur degré d'anxiété plus faible.

Discussion

Cette section fait d'abord un bref retour sur les objectifs de l'étude, les hypothèses et questions de recherche, suivi de la discussion des principaux résultats. Enfin, les forces et limites de l'étude sont abordées, de même que des implications scientifiques et cliniques découlant des résultats de la thèse.

Retour sur les objectifs de la recherche

Cette thèse doctorale a permis la vérification d'un premier objectif soit d'explorer les liens entre le perfectionnisme (ajusté et mésajusté) et les symptômes dépressifs chez les couples après l'arrivée d'un enfant. Un deuxième objectif a aussi été poursuivi, soit d'explorer le rôle médiateur de l'anxiété dans les liens entre ces variables. En plus de montrer des liens entre ces concepts chez chaque parent au plan individuel (effets acteurs), le rôle du partenaire dans les liens unissant ces concepts a également été évalué (effets partenaires).

Perfectionnisme mésajusté et symptômes dépressifs : effets acteurs

Tel que prédit, les hommes et les femmes présentant davantage de perfectionnisme mésajusté rapportent davantage de symptômes dépressifs durant la période postpartum (**H1 : effet acteur**), et ce, même après avoir contrôlé pour des facteurs de risques connus de la DPP chez la mère, soit le statut conjugal et le soutien social perçu. Ces résultats vont

dans le même sens que ceux obtenus par plusieurs études sur les liens entre le perfectionnisme mésajusté d'un individu (homme et femme) et la présence de difficultés psychologiques, notamment les symptômes dépressifs, peu importe son contexte de vie (pour une revue, voir Lo & Abbott, 2013). Ainsi, plus une personne se fixe des objectifs inatteignables et fonde sa valeur personnelle sur l'atteinte de ceux-ci, traduisant un perfectionnisme mésajusté, plus elle présente des symptômes dépressifs élevés, telles une culpabilité excessive et une estime de soi fragilisée.

Plus particulièrement, les liens positifs entre le perfectionnisme mésajusté et les symptômes dépressifs obtenus dans cette thèse corroborent ceux d'études ayant exploré spécifiquement cette problématique chez les femmes durant la période périnatale. En effet, le perfectionnisme prescrit par autrui, les doutes concernant les actions et les préoccupations à propos des erreurs, toutes des composantes du perfectionnisme dit mésajusté, ont déjà été liées à la dépression chez les mères (Dimitrovsky et al., 2002; Gelabert et al.; 2012; Maïa et al., 2012; Mazzeo et al., 2006). Or, à notre connaissance, les études recensées sur les liens entre le perfectionnisme mésajusté et la dépression visaient seulement les mères, ce qui limite la comparaison pour les résultats des hommes. Des écrits scientifiques sur des problématiques connexes offrent plusieurs pistes d'explication en appui aux résultats pour ce premier objectif, et ce, autant chez les pères que chez les mères. D'abord, les parents souffrant de DPP présenteraient des difficultés similaires à celles observées chez les individus au perfectionnisme mésajusté, notamment une perception négative de ses compétences (Walters, 2008), des sentiments d'échec et de

culpabilité (Borchard, 2006), une évaluation très sévère de soi, une tendance à la dépréciation personnelle et une peur élevée du jugement des autres (Gelabert et al., 2012). Bien que ces variables n'aient pas été étudiées dans l'optique du perfectionnisme mésajusté, leur similitude avec les caractéristiques fondamentales de ce dernier appuient le lien trouvé dans la présente étude entre le perfectionnisme mésajusté et les symptômes dépressifs en période postnatale. Une plus grande propension aux difficultés d'adaptation chez les individus au perfectionnisme mésajusté, qu'ils soient parents (Lee et al., 2012) ou non (Riecher-Rössler, Rohde, & Steiner, 2005), pourraient également expliquer en partie le développement de symptômes dépressifs, compte tenu de la forte comorbidité entre le trouble de l'adaptation et la dépression (APA, 2015). Dans le contexte spécifique de l'arrivée d'un enfant, un parent au perfectionnisme mésajusté présenterait possiblement un plus faible sentiment d'efficacité parentale et un niveau de stress plus élevé (Lee et al., 2012), deux aspects de l'adaptation parentale reconnus comme étant aussi liés aux symptômes dépressifs (Gagné, 2015; Hirsch, 2013). Une récente étude sur l'ajustement parental (Gingras et al., 2020) a également fait état de liens négatifs entre le perfectionnisme mésajusté des mères et leur satisfaction conjugale, ainsi qu'entre le perfectionnisme mésajusté des pères et leur degré d'alliance parentale (c.-à.-d., la perception de la collaboration avec leur partenaire). La satisfaction conjugale et l'alliance parentale étant considérées comme des prédicteurs significatifs de la DPP chez les mères (O'Hara & Swain, 1996), il est permis de penser que tant chez les mères que chez les pères au perfectionnisme mésajusté, celles-ci puissent contribuer à une aggravation de leurs symptômes dépressifs en contexte postnatal.

Perfectionnisme ajusté et symptômes dépressifs : effets acteurs

De façon originale, les résultats de cette thèse révèlent également un degré plus faible de symptômes dépressifs chez les parents présentant plus de perfectionnisme ajusté (**Q1: effet acteur**), et ce, peu importe le sexe. À notre connaissance, aucune autre étude en périnatalité n'a à ce jour poursuivi l'objectif spécifique d'évaluer le lien entre le perfectionnisme ajusté et les symptômes dépressifs postpartum. Les études existantes ont pour la plupart mesuré le perfectionnisme à l'aide des échelles multidimensionnelles EMPH et EMPF, se concentrant sur les dimensions du perfectionnisme mésajusté (c.-à-d., préoccupations envers les erreurs, critiques et attentes parentales, doutes concernant les actions, perfectionnisme prescrit par autrui) reconnues comme étant davantage associées à des affects négatifs (p. ex., colère, peur, culpabilité) et à des difficultés psychologiques (anxiété et dépression). Malgré l'emploi de différentes échelles pour mesurer le perfectionnisme, des chercheurs ont observé, chez les mères seulement, des variations dans la sévérité des symptômes dépressifs selon la composante évaluée. Par exemple, après avoir contrôlé pour différents facteurs de risques de la DPP, certaines composantes du perfectionnisme n'étaient plus associées à une symptomatologie dépressive, tel que le perfectionnisme orienté vers soi (Maia et al., 2012) ainsi que le doute concernant les actions, les standards personnels élevés, les attentes et critiques parentales et l'organisation (Gelabert et al., 2012). Pour leur part, Mazzeo et ses collègues (2006) ont détecté un lien négatif non attendu entre la sous-échelle standards personnels et la DPP, suggérant que la présence de cette caractéristique du perfectionnisme chez les mères soit

associée à moins de détresse psychologique. Or, cette sous-échelle du perfectionnisme (standards personnels) a été associée à un perfectionnisme de type plus ajusté (*Positive striving*) par Frost et al. (1993), tout comme dans le QP-R utilisé dans cette thèse (Langlois et al., 2010). Les résultats de cette thèse vont donc dans le même sens que l'étude de Mazzeo et al. (2006) révélant la présence d'un lien négatif entre le perfectionnisme ajusté et les symptômes dépressifs des mères en postpartum. Selon les études recensées, aucune n'avait exploré le perfectionnisme ajusté chez les pères en lien avec la dépression, ce qui limite les comparaisons possibles.

Des constats pertinents en lien avec les résultats de cette thèse ont été révélés par Gingras et al. (2020) dans le contexte particulier de l'arrivée d'un enfant chez les mères et les pères. Entre autres, le perfectionnisme ajusté serait associé à une plus grande satisfaction conjugale autant chez les pères que les mères et à une alliance parentale plus élevée chez les pères. La satisfaction conjugale et l'alliance parentale sont d'ailleurs liées positivement (Kwok, Cheng, & Ling, 2015) et l'alliance parentale est considérée comme une composante importante de la qualité de la relation parentale (Bouchard, 2014). La satisfaction conjugale étant reconnue comme un facteur de protection contre la DPP, cela pourrait expliquer en partie les résultats de cette étude, à savoir pourquoi les parents au perfectionnisme ajusté présentent moins de symptômes dépressifs.

Malgré que le contexte de la périnatalité n'ait pas été le point de mire de la revue des écrits de Stoeber et Otto (2006) sur la conception positive du perfectionnisme, les

caractéristiques recensées chez les individus au perfectionnisme ajusté peuvent également fournir des pistes d'explication intéressantes aux liens négatifs mis en lumière dans cette thèse entre le perfectionnisme ajusté et les symptômes dépressifs. De fait, des traits souvent associés à une meilleure santé mentale ont été répertoriés chez les hommes et les femmes au perfectionnisme ajusté, notamment une meilleure satisfaction de vie, une forte estime de soi, un haut degré d'amabilité, des stratégies d'adaptation plus adaptées, ainsi que des niveaux moins élevés de problèmes somatiques, de problèmes interpersonnels, de jugement de soi et d'idéation suicidaire (Stoeber & Otto, 2006). Ainsi, posséder des traits du perfectionnisme ajusté pourrait contribuer à différents degrés à une meilleure santé mentale et donc contrer dans une certaine mesure les symptômes dépressifs.

Perfectionnisme et symptômes dépressifs : effets partenaires

Au plan dyadique, seule la composante mésajusté du perfectionnisme d'un parent présente un lien avec les symptômes dépressifs de l'autre partenaire. En d'autres termes, plus les pères et les mères présentent les traits du perfectionnisme mésajusté, plus les symptômes dépressifs de leur partenaire sont élevés (**Q2 : effet partenaire**), et ce, même en contrôlant pour le statut conjugal et le soutien perçu chez la femme.

À notre connaissance, seulement deux autres études ont porté sur les liens entre le perfectionnisme et la dépression en adoptant une perspective dyadique. Même si les échantillons étudiés n'étaient pas composés spécifiquement de nouveaux parents, les résultats obtenus sont tout de même pertinents à considérer en appui à ceux de cette thèse.

La première étude, celle de Shea et ses collègues (2006), a détecté des liens positifs entre le perfectionnisme dyadique et la dépression chez des étudiants universitaires. Or, l'échelle utilisée pour mesurer le perfectionnisme ciblait uniquement les aspects interpersonnels du construit, notamment la perception de ne pas pouvoir répondre aux attentes élevées de son partenaire ainsi que les attentes de perfection envers lui, mettant en relief l'importance de considérer l'expérience relationnelle d'un individu dans l'étude des liens entre le perfectionnisme et sa santé mentale. Une deuxième étude menée sur le perfectionnisme et les symptômes dépressifs dans le couple a noté des liens positifs entre le perfectionnisme mésajusté d'un individu et les symptômes dépressifs de son partenaire par l'entremise des conflits dyadiques (Mackinnon et al., 2012). Autrement dit, si les symptômes dépressifs d'une personne dont le partenaire présente les traits du perfectionnisme mésajusté sont plus élevés, c'est notamment parce qu'elle rapporte vivre plus de conflits au quotidien avec lui. Ces résultats appuient ceux du modèle théorique de déconnexion sociale (Hewitt, Flett, Sherry, & Caelian, 2006; Sherry, Law, Hewitt, Flett, & Besser, 2008) selon lequel les traits perfectionnistes confèrent une vulnérabilité accrue à la dépression par l'entremise des problèmes interpersonnels. Il apparaît donc pertinent d'emprunter cette piste pour apporter des explications aux résultats de cette thèse.

Les problèmes relationnels des couples où un ou l'autre des partenaires présente des traits perfectionnistes se manifeste fréquemment sous la forme d'une hausse des conflits. De fait, plus de conflits conjugaux seraient rapportés par les individus au perfectionnisme mésajusté (Flett & Hewitt, 2002; Matusiewicz, 2013) et ces conflits

prédiraient la dépression des partenaires, en plus de contribuer au maintien de celle-ci (Liu & Chen, 2006). Certaines caractéristiques présentes chez les individus au perfectionnisme mésajusté nuiraient à la relation conjugale et au bien-être psychologique des partenaires, telles une sensibilité accrue à la critique, une tendance à se montrer plus hostile et critique et la peur de l'intimité (Ashby, Rice, & Kutchins, 2008). De plus, être en couple avec une personne au perfectionnisme mésajusté mènerait au développement de certaines croyances qui fragiliseraient le lien entre les partenaires, notamment « mon/ma partenaire s'attend à ce que je sois parfait/e » et « moins je fais d'erreurs et plus mon partenaire m'apprécie » (Mackinnon et al., 2012). Avoir le sentiment que l'amour de l'autre est conditionnel à sa capacité à atteindre ses attentes de perfection pourrait être insécurisant pour le partenaire, lui mettre de la pression, affecter négativement sa satisfaction conjugale et son niveau d'engagement (Stoeber, 2012), en plus de contribuer à des patrons relationnels dysfonctionnels (p. ex., poursuite-retrait; retrait-retrait; Arcuri, 2014) et, ultimement, contribuer au vécu de détresse psychologique.

Puisque la qualité des relations intimes apparaît aussi fondamentale pour le bien-être d'un individu (Baumeister & Leary, 1995), il semble aussi pertinent de considérer la satisfaction conjugale comme piste explicative pour comprendre l'apparition des symptômes dépressifs chez les parents en couple avec un partenaire perfectionniste, d'autant plus que la satisfaction conjugale est reconnue comme étant associée négativement à la DPP à la fois chez les pères et les mères. De façon générale, la satisfaction conjugale tendrait à diminuer lorsque les partenaires deviennent parents, et

cette diminution serait encore plus marquée chez les parents au perfectionnisme mésajusté (Powell, 2015). Une plus faible satisfaction conjugale chez les pères en couple avec une partenaire au perfectionnisme mésajusté a également été notée dans une étude récente sur l'ajustement parental en période postpartum (Gingras et al., 2020).

Rôle médiateur de l'anxiété

Le deuxième objectif de cette étude était de vérifier le rôle médiateur de l'anxiété dans les liens entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) d'un parent, ses propres symptômes dépressifs ainsi que ceux de son partenaire.

Effets acteurs. De façon cohérente avec les hypothèses émises, des liens directs positifs entre le perfectionnisme mésajusté et l'anxiété ont été observés puis entre l'anxiété et les symptômes dépressifs, et ce, pour les deux sexes, ce qui appuie les hypothèses de recherche de la présente étude (**H2 et H3 : effets acteurs**). Également, les résultats révèlent que la présence de symptômes dépressifs postnataux chez ceux qui présentent des caractéristiques du perfectionnisme ajusté et mésajusté s'expliquerait par leur niveau d'anxiété, tant chez les pères que chez les mères, et ce, même en contrôlant pour le statut conjugal et le soutien perçu chez la femme.

Précisément, chez les pères présentant des degrés plus élevés de perfectionnisme mésajusté, l'anxiété expliquerait entièrement leurs symptômes dépressifs plus élevés, tandis que chez les mères présentant des degrés plus élevés de perfectionnisme mésajusté,

l'anxiété expliquerait partiellement leurs symptômes dépressifs plus élevés (**Q3 : effet acteur**). Ces résultats corroborent ceux d'Oddo-Sommerfeld et al. (2015) qui ont décelé le rôle médiateur partiel de l'anxiété prénatale, ainsi que de la dépression prénatale, dans le lien entre le perfectionnisme mésajusté et les symptômes dépressifs des mères. D'autres variables médiatrices que l'anxiété ont également été proposées par des chercheurs s'intéressant aux symptômes dépressifs chez les mères au perfectionnisme mésajusté. Par exemple, pour Thompson et Bendell (2013), la tendance des mères à exprimer aux autres une réalité différente de celle vécue intérieurement (soi divisé) et certaines attitudes maternelles dysfonctionnelles (p. ex., attentes irréalistes envers la maternité et envers soi comme mère) expliqueraient le lien entre le perfectionnisme prescrit par autrui et la DPP. La dépression prénatale et les pensées négatives répétitives agiraient également comme variables médiatrices entre le perfectionnisme mésajusté des mères et l'occurrence de DPP (Egan et al., 2017). En d'autres termes, si les mères au perfectionnisme mésajusté souffraient davantage de DPP, c'est notamment en raison de leur tendance à ruminer des pensées négatives et des symptômes dépressifs prénataux qui en découlent. Bien que la période de vie étudiée n'était pas celle de l'arrivée d'un enfant, l'étude de Mackinnon et al. (2012) réalisée auprès de couples a décelé pour sa part un effet médiateur des conflits dyadiques dans l'association entre le perfectionnisme mésajusté des hommes et des femmes et leurs symptômes dépressifs. Selon la théorie de Flett, Hewitt, Shapiro et Rayman (2001), la principale conséquence interpersonnelle du perfectionnisme mésajusté est la hausse des conflits dyadiques, qui mèneraient à leur tour à plus de symptômes dépressifs chez les partenaires. Étant donné qu'élever un enfant augmente les risques de

conflits (Powell, 2015) dans le couple, il est logique de supposer que la période postpartum soit une période propice à une hausse de conflits entre les partenaires. Ces interactions négatives répétées étant associées à plus d'anxiété (Finis, 2017), il est possible que cette variable vienne préciser le rôle médiateur de l'anxiété révélé dans cette thèse sur les symptômes dépressifs postnataux des hommes et des femmes au perfectionnisme mésajusté.

D'autres variables explicatives de l'association perfectionnisme mésajusté-symptômes dépressifs postnataux pourraient être pertinentes à considérer pour mieux comprendre son rôle indirect partiel chez les mères. Entre autres, comme il a été proposé dans les sections précédentes, certaines caractéristiques des parents au perfectionnisme mésajusté seraient aussi associées à plus de symptômes dépressifs, notamment le faible sentiment d'efficacité parentale (Walters, 2008) et les exigences élevées (Hirsch, 2013). En effet, il est possible que, devant des objectifs de performance inatteignables et anxiogènes, le parent en vienne qu'à se percevoir comme impuissant et incompetent, le rendant au final plus vulnérable à la dépression, un lien observé dans des populations variées (John, Meyer, Rumpf, & Hapke, 2004; Maciejewski, Prigerson, & Mazure, 2000; Schwarzer, Born, Iwawaki, & Lee, 1997).

Bien que l'anxiété, les exigences élevées et le faible sentiment d'efficacité parentale soient associées tant à la dépression des mères que des pères au perfectionnisme mésajusté, la médiation complète de l'anxiété décelée chez les pères suggère un rôle

prépondérant de cette variable pour expliquer leurs symptômes dépressifs. Une source d'explication possible de ce résultat peut être puisée dans l'étude de Lee et al. (2012) qui révèle que, chez les parents au perfectionnisme prescrit par autrui, les pères réagiraient davantage par une réponse de stress après l'arrivée d'un enfant et les mères par un faible sentiment d'efficacité parentale. L'anxiété et le stress représenteraient même les plus forts prédicteurs des symptômes dépressifs chez les hommes après l'arrivée d'un enfant (Vismara et al., 2016), en appui à la médiation complète observée dans la présente thèse.

En ce qui a trait à l'effet indirect de l'anxiété sur les symptômes dépressifs des parents au degré plus élevé de perfectionnisme ajusté, une médiation partielle a été décelée chez les mères (**Q4 : effet acteur**), suggérant que leurs symptômes dépressifs moins élevés s'expliqueraient en partie par leur plus faible niveau d'anxiété. D'autres facteurs en lien avec l'anxiété doivent donc être considérés pour comprendre ce résultat. Par exemple, il est possible qu'une femme présentant davantage de perfectionnisme ajusté ait des attentes plus réalistes envers son rôle de mère, ce qui augmenterait ses chances de vivre des réussites et de se sentir compétente avec son enfant. Plus motivée par ses propres exigences et à l'écoute de ses limites personnelles, des caractéristiques propres au perfectionnisme sain (orienté vers soi), cette maman pourrait être moins influencée par les standards de perfection véhiculés par la société quant à l'art d'être parent, donc être moins encline à se comparer aux autres mères, à vivre un sentiment d'échec, de culpabilité et de honte. En effet, les mères au perfectionnisme ajusté seraient plus satisfaites de leur relation

conjugale (Powell, 2015), une composante de l'adaptation conjugale lors de l'arrivée d'un enfant considérée comme un facteur de protection contre l'anxiété et la DPP.

Effets partenaires. Cette thèse a également permis de vérifier le rôle médiateur de l'anxiété dans le lien entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) d'un parent et les symptômes dépressifs de son partenaire. Les résultats obtenus auprès des couples de l'échantillon ont permis de répondre aux questions de recherche concernant les effets indirects de type partenaire. Précisément, si les hommes en couple avec une partenaire au perfectionnisme mésajusté présentent plus de symptômes dépressifs, c'est notamment parce qu'ils sont plus anxieux (**Q3 : effet partenaire**), tandis que si les hommes en couple avec une partenaire au perfectionnisme ajusté présentent moins de symptômes dépressifs, cela pourrait s'expliquer par leur degré d'anxiété plus faible (**Q4 : effet partenaire**).

À la lumière de ces résultats, il semblerait que les pères de cet échantillon soient plus sensibles que les mères aux caractéristiques perfectionnistes de leurs partenaires lorsque l'on tient compte de l'effet indirect de leur propre degré d'anxiété. Les deux études à s'être intéressées au perfectionnisme et la dépression dans les relations amoureuses n'avaient pourtant pas détecté de différences de genre dans la façon qu'a un individu de réagir au perfectionnisme de son partenaire amoureux. Aucune de ces études n'avait toutefois tenu compte de l'anxiété comme facteur explicatif de ces liens. La plupart des études sur le perfectionnisme ajusté et mésajusté dans le couple ont plutôt testé les liens directs entre cette variable et différents indicateurs de la qualité d'une relation, notamment

la satisfaction conjugale (Gingras et al., 2020; Powell, 2015; Stoeber, 2012) et le niveau de conflits (Arcuri, 2013; Mackinnon et al., 2012), ce dernier étant associé à plus d'anxiété lorsqu'il est élevé (Finis, 2017). Les sphères de conflits dans le contexte de l'arrivée d'un enfant étant plus nombreuses, les risques de développer plus de symptômes anxieux sont aussi plus élevés. Lorsque les conflits deviennent répétés, les hommes pourraient en venir à anticiper avec anxiété ces interactions négatives avec leur partenaire. De plus, les sphères de la vie affectées par le perfectionnisme seraient plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes (Slaney & Ashby, 1996; Stoeber & Stoeber, 2009), ce qui pourrait expliquer en partie que les hommes vivent plus d'anxiété lorsque leur conjointe présente plus de perfectionnisme mésajusté. De plus, les femmes présentant des degrés plus élevés de perfectionnisme mésajusté auraient plus tendance que les hommes à nourrir des exigences élevées envers leur partenaire. Les occasions de décevoir l'autre parent seraient donc potentiellement plus nombreuses chez les pères en couple avec une femme présentant un degré élevé de perfectionnisme mésajusté, alors que ce serait le contraire si leur partenaire présente un perfectionnisme plus ajusté. De peur de les décevoir et de recevoir leurs critiques, les pères pourraient avoir constamment l'impression de marcher sur des œufs avec une partenaire au perfectionnisme mésajusté, ce qui pourrait également expliquer leur niveau d'anxiété plus élevé. Au contraire, si le père perçoit que sa partenaire a des attentes atteignables et réalistes, bien qu'élevées, il est possible qu'il vive moins d'anxiété découlant de la crainte de décevoir sa partenaire, limitant aussi ses symptômes de dépression.

Forces et limites

Une force de cette étude réside dans le recrutement de 85 couples en contexte postpartum, une période de vie où le temps des parents est plutôt limité. Malgré que l'échantillon soit relativement petit, une puissance statistique suffisante a été atteinte pour détecter des effets de taille moyenne. De plus, la participation des deux parents a permis à la fois de conduire des analyses dyadiques rigoureuses et de recueillir de l'information sur l'expérience postnatale des pères, une réalité encore négligée par la recherche. Une autre force de cette étude concerne le contrôle de facteurs de risques connus de la DPP chez les femmes (soutien perçu et statut conjugal) permettant de mieux comprendre l'apport unique du perfectionnisme dans la variance de leurs symptômes dépressifs. Toutefois, l'absence de contrôle pour des facteurs de risque à la DPP relatifs à la période prénatale limite l'interprétation des résultats obtenus, qui ne tiennent pas compte de ces importants facteurs. Une autre force de cette thèse doctorale consiste en l'utilisation d'une échelle mesurant la conceptualisation bidimensionnelle ajustée et mésajustée du perfectionnisme. La composante ajustée du perfectionnisme a été peu étudiée de façon générale et encore moins en contexte périnatal, ce qui confère à cette étude un aspect unique. Malgré l'originalité de l'instrument de mesure du perfectionnisme utilisé et ses bonnes qualités psychométriques, il demeure que toutes les mesures employées sont de type auto-rapporté, ce qui augmente les risques de biais liés à la désirabilité sociale, aux difficultés de rappel et au manque d'introspection. Enfin, les résultats de cette étude sont uniques en raison de son échantillon tiré de la population québécoise. La représentativité demeure toutefois limitée puisqu'il est composé principalement de couples hétérosexuels.

caucasiens, francophones et de niveau socio-économique relativement élevé, limitant la possible généralisation des résultats à l'ensemble des couples de parents. Enfin, le devis de recherche corrélationnel transversal ou l'absence d'information longitudinale sur les variables à l'étude ne permet aucune inférence causale dans l'interprétation des résultats, les liens mis en lumière pouvant uniquement être considérés comme bidirectionnels.

Pistes de recherche futures

Des pistes de recherche sont proposées dans le but de palier les limites de cette recherche et d'élargir ses horizons. D'abord, le recours à un plus large échantillon permettrait l'atteinte d'une puissance statistique suffisante pour tester des modèles plus complexes. Par exemple, il serait intéressant d'explorer l'effet médiateur d'autres variables, telles la satisfaction conjugale, étant donné le rôle partiel de l'anxiété dans les liens entre le perfectionnisme (ajusté et méajusté) et les symptômes dépressifs observés chez les mères. Un plus large échantillon permettrait également d'ajouter des variables de contrôle dans le but de préciser l'apport unique du perfectionnisme, ainsi que de l'anxiété, dans le développement des symptômes dépressifs des parents. Plus précisément, il serait pertinent de contrôler pour d'autres prédicteurs reconnus de la DPP, dont les antécédents psychiatriques ainsi que la dépression et l'anxiété prénatales. Pour augmenter la représentativité de l'échantillon, des études subséquentes pourraient effectuer leur recrutement en s'assurant notamment d'une plus grande diversité sexuelle, de genre, d'ethnie et de niveau socio-économique. Également, une étude longitudinale, avec des mesures durant la grossesse et après l'accouchement, permettrait de vérifier l'évolution

des variables dans le temps. Une autre avenue pourrait aussi être d'explorer les fluctuations quotidiennes de l'anxiété et des symptômes dépressifs des nouveaux parents, entre autres via des journaux quotidiens. Enfin, pour limiter les biais liés à la désirabilité sociale et au manque d'introspection pouvant découler des instruments auto-rapportés, il serait pertinent d'ajouter des entretiens cliniques avec les participants.

Retombées scientifiques et cliniques

Retombées scientifiques

La présente étude met en lumière les liens existant entre le perfectionnisme (ajusté et méajusté) et les symptômes dépressifs des deux parents en contexte périnatal. Il s'agit de la première étude de cette nature à être réalisée auprès d'une population canadienne francophone. En incluant les pères dans son point de mire, elle complète les études précédentes (p. ex., Gelabert et al., 2012; Maia et al., 2012; Mazzeo et al., 2006) qui ont rapporté un tel lien chez les mères. Une autre contribution de cette étude correspond aux liens dyadiques détectés, qui soulignent l'importance de considérer l'interdépendance des partenaires lorsqu'il est question de la santé mentale des parents après l'arrivée d'un enfant, une réalité peu mise de l'avant par les chercheurs. La prise en compte du perfectionnisme sous un angle bidimensionnel (ajusté/méajusté) confère également une perspective originale à cette étude, le perfectionnisme ajusté ayant été peu étudié à ce jour, encore moins en contexte périnatal. Les études existantes sur le rôle du perfectionnisme en postpartum avaient plutôt opté pour une approche multidimensionnelle du construit. Ainsi, bien qu'il faille demeurer prudent dans les conclusions tirées avec les résultats de

cette thèse, le perfectionnisme ajusté pourrait être identifié comme un facteur de protection dans le développement des symptômes anxio-dépressifs postnataux alors que le perfectionnisme mésajusté pourrait être considéré comme un facteur de risque dans la sévérité de ces mêmes symptômes. Une autre implication théorique significative de cette thèse consiste en la découverte de l'effet médiateur de l'anxiété dans les liens entre le perfectionnisme et les symptômes dépressifs au plan acteur, puis entre le perfectionnisme de la femme et les symptômes dépressifs de son partenaire. Une seule autre étude avait exploré le rôle de l'anxiété périnatale comme variable explicative du lien entre le perfectionnisme mésajusté et la DPP (Oddo-Sommerfeld et al., 2016). À la différence de cet auteur, en plus de tenir compte de l'expérience des pères, cette thèse a mis en lumière le rôle médiateur de l'anxiété postnatale dans ces liens alors qu'Oddo-Sommerfeld et al. (2016) avait plutôt ciblé le rôle de l'anxiété en période prénatale, ce qui apporte une nuance particulière au plan théorique.

Retombées cliniques

Compte tenu des résultats de cette thèse et des conséquences négatives connues de la DPP pour le couple et la famille, il serait pertinent d'inviter les intervenants en santé et en périnatalité à travailler en amont de cette problématique auprès des couples où un des partenaires présente des traits du perfectionnisme mésajusté. Pour ce faire, un travail de sensibilisation, d'évaluation et de prévention est nécessaire, tant auprès des professionnels de la santé que des futurs parents. D'abord, les professionnels de la santé pourraient être informés des impacts délétères du perfectionnisme mésajusté en contexte périnatal, être

outillés pour en évaluer la présence chez les mères lors des suivis médicaux, notamment par le biais de questionnaires, et être encouragés à inclure les pères dans le processus d'évaluation. Une fois détectés, ces couples pourraient à leur tour recevoir de l'information sur les risques de symptômes anxio-dépressifs associés à leurs tendances perfectionnistes. Ainsi, les parents seraient davantage en mesure d'identifier les symptômes dès leur apparition et seraient sensibilisés à l'importance d'aller chercher de l'aide professionnelle avant que leur condition psychologique ne s'aggrave. Un travail de prévention pourrait également être effectué auprès des cohortes de parents suivant des cours prénataux et participant à des groupes de soutien postnataux. Par exemple, les parents pourraient être informés des conséquences négatives sur la santé mentale du perfectionnisme mésajusté et des exigences élevées sous-jacentes (envers soi, son partenaire ou en provenance des autres). Les parents pourraient ensuite être invités à identifier leurs propres exigences et attentes élevées spécifiques au contexte postnatal et de les partager aux autres membres du groupe. Il est possible que cet exercice de verbalisation mette en lumière l'aspect exagéré ou non réaliste des attentes de perfection des parents et qu'elle limite les risques de déception, d'anxiété et de dépression liés à celles-ci. Une description plus précise des symptômes liés à l'anxiété et la dépression postnatales ainsi que leur prévalence pourraient aussi être transmise aux parents notamment pour normaliser la présence de tels symptômes et d'en briser les tabous. À cet effet, l'étude qualitative de Hirsch (2013) sur le perfectionnisme et la maternité a soulevé la honte vécue par les mères aux prises avec la DPP et leur tendance à garder le silence sur leur expérience, se privant ainsi du soutien des autres mères qui vivent la même chose.

Aborder ouvertement les difficultés psychologiques vécues par les parents en contexte postnatal pourrait favoriser le processus de dévoilement des individus touchés et réduire la honte qui les maintiennent dans l'isolement.

Les résultats de cette étude pourraient également aider les intervenants en psychologie et en santé mentale travaillant spécifiquement avec des individus et des couples présentant des symptômes d'anxiété et de DPP, en leur permettant notamment d'entrevoir le perfectionnisme mésajusté comme un facteur de risque au développement de ces symptômes et les traits du perfectionnisme ajusté comme des facteurs de protection. Ainsi, les intervenants pourraient travailler avec les individus à assouplir leurs exigences élevées et à s'accorder davantage le droit à l'erreur, des habiletés sous-jacentes à un perfectionnisme plus ajusté. Bien qu'il reste encore des études à faire à ce chapitre, le perfectionnisme mésajusté, en tant que cible de traitement, pourrait être ajouté aux protocoles d'intervention des thérapeutes individuels et conjugaux lorsque l'anxiété et la dépression font partie du motif de consultation en contexte postnatal.

Conclusion

En conclusion, cette thèse a permis de faire ressortir l'existence de liens entre le perfectionnisme, l'anxiété et les symptômes dépressifs chez les mères et les pères dans les 6 à 24 mois suivant l'arrivée d'un enfant, et ce, tant au plan individuel que dyadique. En plus des liens décelés entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) et les symptômes dépressifs des deux parents, un résultat original de cette thèse est la découverte du rôle médiateur de l'anxiété pour expliquer l'association entre ces deux variables. Ces résultats ont émergé même en contrôlant pour deux facteurs de risque connus de la DPP chez la femme, soit le statut conjugal et le soutien perçu. Précisément, la présence plus élevée de symptômes dépressifs chez l'individu présentant plus de perfectionnisme mésajusté semble pouvoir s'expliquer par son propre niveau d'anxiété plus élevé. De plus, la plus faible présence de symptômes dépressifs notés chez les femmes au perfectionnisme ajusté s'expliquerait par leur degré d'anxiété moins élevé. Chez la mère, le rôle médiateur de l'anxiété serait partiel, signifiant que, au-delà de l'anxiété, d'autres variables expliqueraient le lien entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) et les symptômes dépressifs des femmes. Ceci appuie d'ailleurs la pertinence de mener d'autres recherches pour mieux comprendre l'association entre ces variables chez les mères.

Un autre fait saillant de cette thèse est la découverte d'effets indirects de l'anxiété de type partenaire entre le perfectionnisme (ajusté/mésajusté) de la femme et les

symptômes dépressifs de l'homme. Particulièrement, si les pères en couple avec une partenaire au perfectionnisme mésajusté plus élevé présentent plus de symptômes dépressifs, c'est notamment parce qu'ils sont plus anxieux, tandis que si les hommes en couple avec une partenaire au perfectionnisme ajusté plus élevé présentent moins de symptômes dépressifs, cela pourrait s'expliquer par leur degré d'anxiété plus faible. Ces résultats appuient la pertinence de s'intéresser à l'interdépendance des partenaires en ce qui a trait à leur santé mentale en contexte postpartum. Peu d'études ont pu mener des analyses dyadiques auprès des couples après l'arrivée d'un enfant, ce qui distingue cette thèse des autres recherches menées durant cette importante période d'adaptation pour les parents. Cette étude se démarque également des études antérieures par la prise en compte de la perspective des pères et de la dimension dite ajustée du perfectionnisme. À ce jour, la recherche sur les liens entre le perfectionnisme et la dépression en contexte périnatal s'est intéressée seulement à sa dimension mésajustée et à l'expérience des mères. Les résultats obtenus permettent donc d'entrevoir le perfectionnisme ajusté comme un facteur de protection des symptômes anxio-dépressifs postnataux.

Cette thèse est particulièrement intéressante dans le contexte de la société contemporaine où les exigences envers les parents sont de plus en plus élevées et envahissantes. En effet, les normes de perfection actuelles dictent non seulement les meilleurs comportements à adopter avec les enfants mais également les émotions qui devraient normalement accompagner l'expérience de la parentalité. La perception des parents de devoir répondre à ces normes à tout prix risque fort d'exacerber le stress déjà

associé à l'expérience de la parentalité et pourrait contribuer à affecter négativement leur santé psychologique. L'écart entre les attentes de la société et la réalité vécue par les parents peut se traduire entre autres par des sentiments de honte, de culpabilité et d'échec, pouvant à leur tour contribuer au développement de la dépression. Il est permis de penser que ces normes sociétales du parent parfait pourraient rejoindre davantage les parents au perfectionnisme mésajusté ou accentuer leurs tendances perfectionnistes, les rendant encore plus vulnérables aux difficultés psychologiques. Compte tenu des conséquences négatives de la DPP, tant pour l'individu affecté que pour son partenaire et l'enfant, cette problématique doit sans contredit faire l'objet de plus de recherche et, plus encore, faire partie des plans d'évaluation, de prévention et d'intervention des intervenants en périnatalité.

Références

- Ackerman, R. A., Ledermann, T., & Kenny, D. A. (2014). *Power analysis for the Actor-Partner Interdependence Model*. Repéré à <https://robert-ackerman.shinyapps.io/APIMPowerR/>
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anding, J. E., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B., & Christiansen, H. (2016). Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *Journal of Affective Disorders*, 190, 300-309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.033>
- Arcuri, A. (2014). *Dyadic perfectionism, communication patterns and relationship quality in couples* (Thèse de doctorat inédite). University of Windsor, Windsor, ON.
- Ashby, J. S., Rice, K. G., & Kutchins, C. B. (2008). Matches and mismatches: Partners, perfectionism, and premarital adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 125-132. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.1.125>
- Barnes, D. L. (2006). Postpartum depression: Its impact on couples and marital satisfaction. *Journal of Systemic Therapies*, 25, 25-42. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2006.25.3.25>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44, 298-304. <https://doi.org/10.1097/00006199-199509000-00007>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: Manual*. Texas, TX, Psychological Corp.
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 12-20. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(98\)80004-6](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80004-6)

- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50, 275-285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12, 453-472. <https://doi.org/10.1177/104973202129120016>
- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 193-201. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000022112.27186.98>
- Borchard, T. J. (2006). *The imperfect mom*. New York, NY: Broadway Books.
- Bouchard, G. (2014). The quality of the parenting alliance during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46, 20-28.
- Coelho, H. F., Murray, L., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J. (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 348-353. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.002>
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.2.191>
- Deslauriers, S. (2017). *Le bonheur d'être un parent imparfait*. Laval, QC : Guy Saint-Jean.
- Des Rivières-Pigeon, C., Gagné, C., & Vincent, D. (2012). *Les paradoxes de l'information sur la dépression postnatale : mères dépressives mais pimpantes*. Québec, QC : Éditions Nota bene.
- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25-28.
- Douglas, S. J., & Michaels, M. W. (2004). *The mommy myth: The idealization of motherhood and how it has undermined all women*. New York, NY: Free Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété. Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 11, 31-36.
- Egan, S. J., Kane, R. T., Winton, K., Eliot, C., & McEvoy, P. M. (2017). A longitudinal investigation of perfectionism and repetitive negative thinking in perinatal depression. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 26-32.

- Emmanuel, E., & St John, W. (2010). Maternal distress: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2104-2115.
- Ferketich, S. L., & Mercer, R. T. (1995). Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*, 44, 89-95.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Figueiredo, B., Canário, C., Tendais, I., Pinto, T. M., Kenny, D. A., & Field, T. (2018). Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 238, 204-212. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.064>
- Finis, A. C. (2017). Marital distress and anxiety: A behavioral and linguistic analysis of couple interactions. *Dissertation Abstracts International*, 78, 5B-5E.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, WA: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-000>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Shapiro, B., & Rayman, J. (2001). Perfectionism, beliefs, and adjustment in dating relationships. *Current Psychology*, 20, 289-311.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gagné, C. (2015). *Facteurs psychologiques liés à la satisfaction conjugale et l'ajustement parental lors de l'arrivée d'un enfant* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E., Navinés, R., Gratacòs, M., Valdés, M., & Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 136, 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.030>
- Gentile, S., & Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Research*, 252, 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.064>

- Gingras, A.-S., Lessard, F., Mallette, F., Brassard, A., Bernier-Jarry, A., Gosselin, P., & de Pierrepont, C. (2020). Couple adaptation to the birth of a child: The roles of attachment and perfectionism. *Journal of Marital and Family Therapy*. Pré-publication en ligne. <https://doi.org/10.1111/jmft.12453>
- Goodman, J. H., Watson, G. R., & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 203, 292-331. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.033>
- Goodman Janice H. (2003). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 26-35. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02857.x>
- Grant, K.-A., McMahon, C., & Austin, M.-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101-111.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. Dans T. E. Ellis (Éd.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (215-235). Washington, WA: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11377-010>
- Hirsch, E. M. (2013). A qualitative analysis of first time mothers striving for perfection. *Dissertation Abstracts International*, 74, 1B-1E.
- Holden J. M. (1991). Postnatal depression: Its nature, effects, and identification using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 18, 211-221.
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 384-394.

- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: women and depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- John, U., Meyer, C., Rumpf, H.-J., & Hapke, U. (2004). Self-efficacy to refrain from smoking predicted by major depression and nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 29, 857-866. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.053>
- Jones, L., Scott, J., Cooper, C., Forty, L., Smith, K. G., Sham, P., Farmer, A., McGuffin, P., Craddock, N., & Jones, I. (2010). Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 200-205. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064683>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York, NY: Guilford Press.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Review : Sad dads : Paternal postpartum depression. *Psychiatry*, 4, 36-47.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed.* New York, NY: Guilford Press.
- Kwok, S. Y. C. L., Cheng, L., Chow, B. W. Y., & Ling, C. C. Y. (2015). The spillover effect of parenting on marital satisfaction among Chinese mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 772–783. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9888-x>
- Lalancette, M., & Germain, P. (2018). Être une bonne mère : représentations de la maternité dans deux magazines canadiens sur l’art d’être parent. *Cahiers du Centre interdisciplinaire en développement de l’enfant et de la famille* (CEIDF).
- Landman-Peeters, K. M., Ormel, J., Van Sonderen, E. L., Den Boer, J. A., Minderaa, R. B., & Hartman, C. A. (2008). Risk of emotional disorder in offspring of depressed parents: Gender differences in the effect of a second emotionally affected parent. *Depression & Anxiety*, 25, 653-660. <https://doi.org/10.1002/da.20350>
- Lee, M. A., Schoppe-Sullivan, S. J., & Kamp Dush, C. M. (2012). Parenting perfectionism and parental adjustment. *Personality and Individual Differences*, 52, 454-457. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.047>
- Leung, B. M. Y., Letourneau, N. L., Giesbrecht, G. F., Ntanda, H., & Hart, M. (2017). Predictors of postpartum depression in partnered mothers and fathers from a longitudinal cohort. *Community Mental Health Journal*, 53, 420-431. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0060-0>

- Liou, S.-R., Wang, P., & Cheng, C.-Y. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, 30, 795-801. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.007>
- Liu, R. X., & Chen, Z.-Y. (2006). The effects of marital conflict and marital disruption on depressive affect: A comparison between women in and out of poverty. *Social Science Quarterly*, 87, 250-271. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2006.00379.x>
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2013). Review of the theoretical, empirical, and clinical status of adaptive and maladaptive perfectionism. *Behaviour Change*, 30, 96-116. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.9>
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms: Differences based on history of prior depression. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 373-378. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.373>
- Mackinnon, S. P., Sherry, S. B., Antony, M. M., Stewart, S. H., Sherry, D. L., & Hartling, N. (2012). Caught in a bad romance: Perfectionism, conflict, and depression in romantic relationships. *Journal of Family Psychology*, 26, 215-225. <https://doi.org/10.1037/a0027402>
- Maia, B. R., Pereira, A. T., Marques, M., Bos, S., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A. A., Azevedo, M. H., & Macedo, A. (2012). The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 459-468. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0310-2>
- Matuszewicz, M. N. (2013). Perfectionism in the context of intimate relationships. *Dissertation Abstracts International*, 73, 11B-11E.
- Mazzeo, S. E., Landt, M. C. T. S.-O., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, K. S., Neale, M. C., Aggen, S. H., & Bulik, C. M. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 202-211. <https://doi.org/10.1002/eat.20243>
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Miller L. J., & Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 287, 762-765.

- Ngai, F.-W., & Ngu, S.-F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.003>
- Oddo-Sommerfeld, S., Hain, S., Louwen, F., & Schermelleh-Engel, K. (2016). Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 191, 280-288. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.040>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 303, 1961-1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K., & Ritvo, P. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress: Evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61, 477-483. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.833932>
- Powell, J. (2015). Exploring the role of raising children upon the association between perfectionism and marital satisfaction. *Dissertation Abstracts International*, 76, 6B-6E.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., & Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and Anxiety*, 30, 506-514. <https://doi.org/10.1002/da.22040>
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00017-R](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00017-R)

- Riecher-Rössler, A., Rohde, A., & Steiner, M. (2005). Diagnostic classification of perinatal mood disorders. *Bibliotheca Psychiatrica*, 173, 6-27. <https://doi.org/10.1159/000087442>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
- Schwarzer, R., Born, A., Iwawaki, S., & Lee, Y.-M. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the Chinese, Indonesian, Japanese, and Korean versions of the General Self-Efficacy scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 40, 1-13.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). « Clinical perfectionism » is not 'multidimensional perfectionism': A reply to Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1217-1220. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00020-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00020-2)
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)
- Shea, A. J., Slaney, R. B., & Rice, K. G. (2006). Perfectionism in intimate relationships: The Dyadic Almost Perfect Scale. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 39, 107-125.
- Sherry, S. B., Law, A., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Besser, A. (2008). Social support as a mediator of the relationship between perfectionism and depression: A preliminary test of the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, 45, 339-344. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.001>
- Slaney, R. B., & Ashby, J. S. (1996). Perfectionists: Study of a criterion group. *Journal of Counseling & Development*, 74, 393-398. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1996.tb01885.x>
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 34, 130-145.
- Sockol, L. E., & Allred, K. M. (2018). Correlates of symptoms of depression and anxiety among expectant and new fathers. *Psychology of Men and Masculinity*, 19, 362-372. <https://doi.org/10.1037/men0000115>

- Stoeber, J. (2012). Dyadic perfectionism in romantic relationships: Predicting relationship satisfaction and longterm commitment. *Personality and Individual Differences*, 53, 300-305. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.04.002>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality & Social Psychology Review*, 10, 295-319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46, 530-535. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.006>
- Sweeney, A. C., & Fingerhut, R. (2013). Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns*, 42, 551-561. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12236>
- Thomason, E., Flynn, H. A., Himle, J. A., & Volling, B. L. (2015). Are women's parenting-specific beliefs associated with depressive symptoms in the perinatal period? Development of the rigidity of maternal beliefs scale. *Depression and Anxiety*, 32, 141-148. <https://doi.org/10.1002/da.22280>
- Thompson, K. D., & Bendell, D. (2014). Depressive cognitions, maternal attitudes and postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32, 70-82. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.858312>
- Tuszyńska-Bogucka, W., & Nawra, K. (2014). Paternal postnatal depression: A review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 16, 61-69. <https://doi.org/10.12740/APP/26286>
- Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., [...] & Tambelli, R. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3- to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in Psychology*, 7, 938-938. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00938>
- Walters, R. M. (2008). *Exploring the ideology of intensive mothering and the dialectical tensions of modern motherhood: A qualitative inquiry* (Thèse de doctorat inédite). Howard University, Washington, WA.
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., & Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the maternal attitudes questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 351-358.

- Wee, K. Y., Skouteris, H., Richardson, B., McPhie, S., & Hill, B. (2015). The inter-relationship between depressive, anxiety and stress symptoms in fathers during the antenatal period. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 33, 359-373. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1048199>
- White, J., & Klein, D. (2002). *Family theories*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wynter, K., Rowe, H., & Fisher, J. (2013). Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: A community study in Victoria, Australia. *Journal of Affective Disorders*, 151, 980-985. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.021>

Appendice A

Résumé des principales études portant sur le lien entre le perfectionnisme et la DPP

Tableau 1

Résumé des principales études portant sur le lien entre le perfectionnisme et la DPP

		Egan et al. 2017, Australie	Gelabert et al. 2012, Espagne	Maia et al. 2012, Portugal	Mazzeo et al. 2006, États-Unis
Échantillon		71 femmes, 51,4 % primipares	<i>Témoin</i> : 122 femmes sans DPP à 8 mois post, 70 % primipare <i>Expérimental</i> : 115 femmes avec DPP à 6 mois post, 60 % primipare	386 femmes, 64 % primipares	1119 femmes, 100 % multipares, M=2,5 grossesses
	Devis de recherche	Longitudinal T1=3 ^e trimestre de grossesse T2=6 semaines post	Longitudinal <i>Témoin</i> : T1 : 2 jours post T2 : 8 sem. post T3 : 32 sem. post <i>Expérimental</i> : T1 : 0 à 6 mois post T2 : après rémission complète de la DPP	Longitudinal T1=prénatal T2=3 mois post	Transversal, rétrospectif
Variables contrôlées	Contrôle méthodologique	-	Névrotisme élevé, antécédents psychologiques, support social perçu et événements de vie stressants	BDI et anxiété en pré; stress vécu et soutien social perçu en post	-
	Critères d'exclusion	-	Mortinaissance, dépression prénatale	Grossesse à risque, symptômes dépressifs prénataux (ICD-10 et DSM-IV)	-
Instruments DPP	Pré	EPDS	-	BDI-II, DSM-IV et DIGS	-
	Post	EPDS	EPDS, SCID-I/P (module dépression)	BDI-II, ICD-10, DIGS	Question unique, EPDS
Instruments perfectionnisme	Pré	CPQ	-	EMPH (POS et PPA)	-
	Post		EMPF	-	EMPF (SP, DA et PE)

Notes. APS-R=Almost Perfect Scale-Revised. BDI=Beck depression inventory. CPQ=Clinical Perfectionism Questionnaire. DA=Doute concernant les actions. DSM=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. EMPF=Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Frost. EMPH=Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Hewitt et Flett. EPDS=Edinburgh Postnatal Depression Scale. ICD=International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. PE=Préoccupation à propos des erreurs. POS=Perfectionnisme orienté vers soi. PPA=Perfectionnisme prescrit par autrui. PSFRQ=Psychosocial Risk Factor Questionnaire. SCID-I=Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders. STADI=State-Trait Anxiety Depression Inventory.

Tableau 1 (suite)

Résumé des principales études portant sur le lien entre le perfectionnisme et la DPP

		Milgrom et al. 2008, Australie	Oddo-Sommerfeld et al. 2015, Allemagne	Sweeney & Fingerhut 2013, États-Unis	Thompson & Bendell 2014, États-Unis
Échantillon		12361 femmes, M=2,5 grossesses	266 femmes, 88 % primipares	46 femmes, + de 50 % primipares	77 femmes, 41,6 % primipares
Devis de recherche		Longitudinal T1=prénatal T2=6 sem. post	Longitudinal T1=3 ^e trimestre de grossesse T2=12 sem. post	Longitudinal T1=prénatal 28 sem. et + T2=2 mois post	Transversal T1=entre 4 et 8 sem. post
Variables contrôlées	Contrôle méthodologique	-	-	Dépression et anxiété prénatales, estime de soi, stress vécu, support social, relation et statut conjugaux, historique de dépression, statut socio-économique, grossesse non planifiée/non souhaitée	-
	Critères d'exclusion	-	Troubles neurologiques et psychiatriques sévères (ex. schizophrénie ou dépendance)	-	-
Instruments DPP	Pré	EPDS, PSFRQ	BDI-V, STADI (sous-échelle état)	EPDS	-
	Post	EPDS	EPDS, STADI (sous-échelle état)	EPDS	EPDS
Instruments perfectionnisme	Pré	Question unique	EMPF (DA et PE : 4 items chacune)	APS-R (sous-échelle <i>discrepancy</i>) EMPF (DA et PE)	-
	Post	-	-	-	EMPH (PPA)

Notes. APS-R=Almost Perfect Scale-Revised. BDI=Beck depression inventory. CPQ=Clinical Perfectionism Questionnaire. DA=Doute concernant les actions. DSM=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. EMPF=Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Frost. EMPH=Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Hewitt et Flett. EPDS=Edinburgh Postnatal Depression Scale. ICD=International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. PE=Préoccupation à propos des erreurs. POS=Perfectionnisme orienté vers soi. PPA=Perfectionnisme prescrit par autrui. PSFRQ=Psychosocial Risk Factor Questionnaire. SCID-I=Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders. STADI=State-Trait Anxiety Depression Inventory.

Appendice B

Questionnaire sociodémographique et situationnel

Questionnaire sociodémographique et situationnel

Code : _____

1) Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

2) Âge : _____

3) Statut conjugal : ☐ Marié/e ☐ Conjoint/e de fait ☐ autre : _____

4) Occupation principale:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emploi à temps plein | <input type="checkbox"/> Emploi à temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Sans Emploi | <input type="checkbox"/> Étudiant |
| <input type="checkbox"/> Congé de Maternité | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

5) Durée de la relation de couple : _____ans

6) Scolarité :

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Primaire | <input type="checkbox"/> Secondaire |
| <input type="checkbox"/> Collégial | <input type="checkbox"/> Universitaire |

7) Revenu familial : _____\$

A) Notre situation financière m'inquiète depuis l'arrivée de mon enfant

- ☐ Oui ☐ Non

8) Description du ou des enfants :**A) Enfant # 1 (le plus jeune) :**

i) âge : _____

ii) Sexe : _____

iii) Troubles de santé chroniques ou sévères actuels : ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

iv) issu du couple actuel ☐ Oui ☐ Non

- v) ☐ Demeure avec vous
- ☐ Garde Complète
- ☐ Garde Partagée
- ☐ Ne demeure pas avec vous
- ☐ Autre : _____

B) Enfant # 2

i) âge : _____

ii) Sexe : _____

iii) Troubles de santé chroniques ou sévères actuels : ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

iv) issu du couple actuel ☐ Oui ☐ Non

- v) ☐ Demeure avec vous
- ☐ Garde Complète
- ☐ Garde Partagée
- ☐ Ne demeure pas avec vous
- ☐ Autre : _____

C) Enfant # 3 :

i) âge : _____

ii) Sexe : _____

iii) Troubles de santé chroniques ou sévères actuels : ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

iv) issu du couple actuel ☐ Oui ☐ Non

- v) ☐ Demeure avec vous
- ☐ Garde Complète

- ☐ Garde Partagée
- ☐ Ne demeure pas avec vous
- ☐ Autre : _____

D) Enfant # 4 :

- i) âge : _____ ii) Sexe : _____
- iii) Troubles de santé chroniques ou sévères actuels : ☐ Oui ☐ Non
- Précisez : _____
- iv) issu du couple actuel ☐ Oui ☐ Non
- v) ☐ Demeure avec vous
- ☐ Garde Complète
- ☐ Garde Partagée
- ☐ Ne demeure pas avec vous
- ☐ Autre : _____

9) La dernière grossesse était :

- ☐ Planifiée ☐ Imprévue

10) La décision de mettre au monde notre enfant le plus jeune a reposé sur :

- ☐ Commun accord ☐ Davantage mon conjoint/e
- ☐ Pression sociale ☐ Davantage moi

11) Nous nous sommes suffisamment préparés à l'arrivée de notre enfant (aspects financiers, matériel, psychologique, médical...)

- ☐ oui ☐ non

12) La réaction des membres de nos familles face à la venue de notre dernier enfant a été positive

- ☐ oui ☐ non ☐ partagée

13) Le soutien que nous recevons de la part de notre entourage est :

☐ Absent ☐ insuffisant ☐ Adéquat ☐ Envahissant/Intrusif

14) La répartition des tâches et des soins portés à mon dernier enfant me convient

☐ oui ☐ non b) spécifiez : _____

Autres éléments concernant mon dernier enfant

(En cas de réponse positive, veuillez spécifier brièvement)

15) Difficulté de conception nécessitant un soutien médical : ☐ non ☐ oui b) spécifiez :

16) Complications pendant la grossesse : ☐ non ☐ oui b) spécifiez :

17) Complications à l'accouchement : ☐ non ☐ oui b) spécifiez : _____

18) Enfant prématuré : ☐ non ☐ oui b) spécifiez :

19) Troubles de santé de l'enfant à la naissance : ☐ non ☐ oui b) spécifiez :

20) Troubles de santé de la mère à la naissance : ☐ non ☐ oui b) spécifiez :

**Répondez aux questions suivantes en utilisant l'échelle ci-dessous,
en fonction de votre expérience avec votre plus jeune enfant**

1	2	3	4
Complètement Faux	Légèrement Vrai	Assez Vrai	Complètement Vrai

21) Il m'arrive de regretter avoir eu mon enfant _____

22) Il m'arrive d'envier l'attention que les gens ont envers mon enfant _____

23) Il m'arrive d'envier la relation de mon conjoint avec mon enfant _____

24) J'ai dû apprendre à connaître mon enfant avant de l'aimer _____

25) Aimer mon enfant a été spontané _____

26) Je désire avoir un autre enfant _____

27) Quel était mon désir d'avoir mon enfant le plus jeune (veuillez cochez)

	Très fort	Fort	Faible	Très faible
A) Pendant la grossesse				
B) Dans les deux mois suivant l'accouchement				
C) Actuellement				

Appendice C

Formulaire de consentement

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 



**UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE**

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

Titre du projet

Facteurs psychologiques reliés à la satisfaction conjugale et à l'ajustement parental lors de l'arrivée d'un enfant chez les couples hétérosexuels québécois.

Responsables du projet

Nadia Latulippe, étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke est responsable de ce projet. Le projet est supervisé par Patrick Gosselin et Audrey Brassard, professeurs au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Les étudiants Audrey Bernier-Jarry, Anne-Sophie Gingras, Frédéric Mallette et Isabelle Lessard collaborent au projet de recherche.

Pour information

Du lundi au vendredi entre 9h et 16h, vous pouvez communiquer avec :

Nadia Latulippe au 819 861-2791 ou par courriel : Nadia.Latulippe@usherbrooke.ca.

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes des parents d'un nouvel enfant âgé de 6 à 24 mois. Cependant, avant d'accepter de à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et conserver la copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

L'objectif de cette étude est d'évaluer la relation entre d'une part l'attachement amoureux, le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude et d'autre part, la satisfaction conjugale et l'ajustement parental auprès de parents dont le plus jeune enfant est âgé entre 6 mois et 2 ans, tout en distinguant la transition à la vie familiale de l'arrivée d'un second enfant ou plus, au sein d'une famille. Nous cherchons à recruter environ 100 couples.

Déroulement du projet de recherche

Il est entendu que votre participation à ce projet sera requise afin de remplir 9 questionnaires qui porteront notamment sur la satisfaction conjugale, l'attachement, la tolérance à l'incertitude, le perfectionnisme et le stress parental. Vous devrez aussi remplir une fiche d'identification portant sur votre contexte démographique, l'arrivée de votre enfant le plus jeune, ainsi que sur votre relation avec ce dernier. Vous pourrez remplir ces questionnaires à votre convenance, sans consulter votre conjoint, à votre domicile. Le temps requis pour répondre aux questionnaires peut prendre une durée de 30 à 45 minutes. Les questionnaires seront retournés dans une enveloppe individuelle par la poste.

Avantages pouvant découler de la participation

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche (p. ex., réflexion sur votre famille), mais nous ne pouvons pas le garantir. Votre participation à ce projet permettra de parfaire la compréhension clinique des enjeux reliés à l'arrivée d'un enfant. Ceci pourra mener à de nouvelles pistes d'intervention pour aider les futurs parents à mieux se préparer à cet événement, mais aussi pour les aider à traverser cette période, une fois l'enfant arrivé.

Risques pouvant découler de la participation

Votre participation implique de donner de votre temps afin de remplir les questionnaires nécessaires au déroulement de cette étude. Il se pourrait, lors de la lecture des questionnaires, que le fait de partager votre expérience amène des questionnements ou des émotions plus difficiles. Dans ce cas, vous pouvez contacter la responsable du projet (M^{me} Nadia Latulippe), qui vous fournira des références vers des ressources cliniques pertinentes.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les responsables de ce projet de recherche, pour une période n'excédant pas 5 ans après la fin de l'étude. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtront dans les publications découlant de cette étude.

Résultats de la recherche et publication

Si vous en faites la demande, vous pourriez être informée de l'interprétation des résultats obtenus. Vous devez vous adresser par courriel ou par téléphone, à la responsable du projet, Nadia Latulippe. De plus, veuillez prendre note que l'information recueillie pourra être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Dans ces cas, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche.

Compensation

En guise de compensation, vous courrez la chance de gagner une des deux cartes de crédit prépayées d'une valeur de 100\$. Vos chances de gagner sont relatives au nombre de participants. Par exemple, si 20 couples participent au tirage, votre couple aura une chance sur 5 de gagner (1 chance par partenaire), et si 40 couples participent, ce sera une chance sur 10. Seuls les couples dont les deux membres auront participé à l'étude seront éligibles. Le tirage aura lieu le 16 avril 2018, à l'Université de Sherbrooke et sous la supervision de deux professeurs du département de psychologie. Pour participer, il faudra indiquer

vos données une fois que le tirage aura eu lieu. Seuls les gagnants seront contactés par courriel et leur identité ne sera pas dévoilée. Il leur sera alors demandé de fournir une adresse postale pour leur envoyer la carte.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec une personne de l'équipe de recherche SVP vous référer à l'encadré de la page 1.

Surveillance des aspects éthiques:

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé le projet et en assurera le suivi. Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité ou pour toute question concernant vos droits vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise les responsables de ce projet à me contacter à nouveau et à me demander si je serais intéressé/e à participer à cette nouvelle recherche.

SVP encerclez votre réponse.

NON

OUI :

Pour vous joindre

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je comprends le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom du participant

Signature du participant

Date

(lettres moulées)

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui

Signature

Date

obtient le consentement

(lettres moulées)